

Personnes très âgées et polymorbides

Exemples de cas typiques tirés de la pratique gériatrique

Une mesure pour promouvoir les soins coordonnés

Irène Dietschi

Mandat de l'Office fédéral
de la santé publique



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP



Soins coordonnés

Prévoir, partager, agir,
Avec le patient.

Personnes très âgées et polymorbides

Exemples de cas typiques tirés de la pratique gériatrique

Irène Dietschi
Mandat de l'Office fédéral de la santé publique

Sommaire

<i>Introduction</i>	4
<i>Le patient très âgé</i>	5
<i>Collaboration interprofessionnelle</i>	5
<i>Professions concernées</i>	6
<i>Exemples tirés de la pratique</i>	7
<i>1 La personne désorientée : Monsieur W. (85 ans)</i>	8
<i>2 La personne solitaire : Monsieur B. (78 ans)</i>	12
<i>3 La personne traumatisée : Monsieur O. (84 ans)</i>	18
<i>4 La personne migrante : Madame F. (84 ans)</i>	24
<i>La prise en charge en sept étapes</i>	28
<i>Index des mots-clés</i>	29

Introduction

Les personnes très âgées atteintes d'affections multiples constituent souvent le groupe de patients le plus représenté dans les hôpitaux, les établissements médico-sociaux (EMS), les cabinets de médecins de famille ainsi qu'auprès des services d'aides et de soins à domicile ou d'autres prestataires de soins à domicile. Accompagner et traiter ces patients peut être très complexe : aux symptômes spécifiques des maladies dont ils sont atteints s'ajoutent des limitations fonctionnelles dues à l'âge, de la fragilité, des problèmes psychiatriques et cognitifs et l'usage incorrect ou la surconsommation de médicaments. Conséquence de l'évolution démographique, le nombre de patients très âgés et polymorbides devrait continuer d'augmenter.

La présente brochure, publiée sous forme imprimée et numérique, s'intéresse de plus près à ce groupe de patients. S'appuyant sur des vignettes cliniques tirées de la pratique, il permet de transmettre des connaissances gériatriques de base, fondées sur la pratique, aux professionnels de la santé qui travaillent dans les hôpitaux, les EMS et les soins ambulatoires. Il peut également être utilisé comme sup-

port de formation. L'objectif de cette mesure de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) est d'améliorer les soins coordonnés des patients (très) âgés et polymorbides.¹

L'OFSP remercie les auteurs des vignettes cliniques, à savoir Barbara Bucher, Hélène Jaccard Ruedin, Henny Messerli, Jacqueline Minder ainsi que la Société suisse de psychiatrie et de psychothérapie de la personne âgée, la Société professionnelle suisse de gériatrie et la Société suisse de gérontologie pour leur précieuse collaboration.

¹ Office fédéral de la santé publique (OFSP): www.bag.admin.ch/soins-coordonnes



Personnes très âgées et polymorbides

Exemples de cas typiques tirés de la pratique gériatrique

Le patient très âgé

Lorsqu'on parle de patients très âgés, on pense souvent à des personnes âgées de 80 ans et plus. Toutefois, l'âge des patients en gériatrie s'élève en moyenne à plus de 70 ans, sans qu'il existe un âge précis à partir duquel une personne est considérée comme très âgée. En effet, la santé ne dépend pas uniquement de l'âge. La vitalité d'une personne ainsi que les conséquences sur sa santé des facteurs de risque et des maladies rencontrés tout au long de la vie sont des indicateurs bien plus pertinents. Sur ce point, de grandes différences existent au sein de ce groupe d'âge. Ces patients doivent donc toujours être traités et accompagnés de manière personnalisée. De plus, une approche globale est nécessaire, car beaucoup d'entre eux sont atteints de maladies multiples, souvent chroniques.

Malgré ces différences, le tableau clinique présente certaines similitudes, ce qu'on appelle les « syndromes gériatriques ». Ceux-ci apparaissent sur des terrains marqués par la présence de maladies primaires aux évolutions diverses et par les interactions entre plusieurs affections. Ces syndromes surviennent fréquemment et parfois simultanément. Ils s'influencent réciproquement et augmentent les besoins en soins. Les syndromes les plus répandus sont la fragilité, la perte de l'acuité visuelle et auditive, la dénutrition, les chutes accompagnées de fractures, les vertiges, l'incontinence et l'isolement. La dépression, les angoisses et les démences, dont la fréquence augmente avec l'âge, font également partie des syndromes gériatriques. On ajoutera enfin à cette liste l'état confusionnel aigu, une perturbation temporaire de la conscience qui survient la plupart du temps parallèlement à des affections somatiques sévères.

Les patients gériatriques sont souvent très fragiles : ils manquent de réserves physiques et psychiques. Un événement plutôt banal peut, par un mécanisme complexe, affecter leur santé dans son ensemble. En outre, la guérison nécessite beaucoup de temps. Dans les cas les plus sérieux, l'événement provoque des complications en chaîne qui entraînent le patient dans une spirale descen-

dante et vers une dépendance. L'objectif des interventions interprofessionnelles aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur des hôpitaux est d'arrêter une telle évolution, ou du moins, de la freiner.

Collaboration interprofessionnelle

La collaboration interprofessionnelle est la façon la plus appropriée de traiter les patients gériatriques. L'objectif est d'aborder le patient dans sa globalité, c'est-à-dire d'intervenir sur le plan non seulement médical, mais aussi social en essayant d'améliorer sa qualité de vie. Daniel Grob, ancien médecin-chef de la clinique de gériatrie aigüe de l'Hôpital de Waid (Zurich), souligne à ce sujet : « La définition de la qualité de la vie revient au patient. »²

En 2014, l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) a publié la Charte - Collaboration entre les professionnels de la santé³. Elle y fixe les principes suivants :

« Les patients se situent au cœur de la prise en charge. Cela signifie que les prestations éducatives, consultatives, préventives, diagnostiques, thérapeutiques, soignantes, réhabilitatives et palliatives de tous les professionnels de la santé impliqués doivent être coordonnées. La responsabilité est assumée selon les compétences professionnelles. L'information réciproque est garantie à tout moment ; le travail est basé sur le respect mutuel et sur des standards reconnus et définis de concert. L'objectif d'une telle prise en charge est d'assurer à toute la population un accès équitable à des prestations de santé de bonne qualité, satisfaisantes pour les patients et les collaborateurs et efficaces ; elle s'inscrit ainsi dans le concept d'une « médecine durable » orientée vers des critères basés sur des preuves, l'éthique et l'économie. »

² Grob, Daniel : Aktuelle Herausforderungen in der Spitalbehandlung hochaltriger Menschen – eine Praxis-Sicht. In : *Therapeutische Umschau*. 2017, 74(2), 61-66

³ ASSM : Académie suisse des sciences médicales. 2014, Charte – Collaboration entre les professionnels de la santé

Selon la charte de l'ASSM, pour que la collaboration interprofessionnelle fonctionne, cinq points doivent être pris en considération en priorité ⁴ :

1. Mettre les besoins des patients et de leurs proches au centre. La collaboration interprofessionnelle inclut le patient comme partenaire.
2. Clarifier les rôles et les responsabilités. Dans le quotidien professionnel, les compétences ainsi que, par exemple, la responsabilité du suivi d'une situation complexe doivent être clairement définies.
3. Assurer une bonne coordination. L'équipe interprofessionnelle doit déterminer suffisamment tôt qui, parmi les professionnels de la santé et les bénévoles, s'occupe de la coordination.
4. Garantir l'échange d'informations. Ces dernières doivent constamment circuler entre les différentes parties, aussi bien sur place (p. ex., à l'hôpital) que lors des situations de transition (p. ex., admission à l'hôpital ou sortie).
5. Assurer une bonne planification. L'équipe interprofessionnelle doit planifier le traitement et l'accompagnement suffisamment tôt. Un modèle structuré d'aide à la décision peut se révéler utile dans le quotidien professionnel. En effet, il peut aider à fixer des objectifs thérapeutiques fondés sur la compréhension et la connaissance du patient ainsi que sur ses souhaits.

⁴ Ibid. ; voir aussi : OFSP : *L'équipe interprofessionnelle dans les soins palliatifs. Principes pour une prise en charge en fin de vie orientée patient*. Berne 2016

Professions concernées

Le **domaine** des soins joue un rôle essentiel dans la prise en charge aussi bien stationnaire qu'ambulatoire des patients très âgés. Forts de solides connaissances en la matière, les infirmiers s'occupent d'un large éventail de tâches, des soins corporels aux formes de communication spécialisées (utilisées, p. ex., avec les personnes atteintes de démence) en passant par la rééducation précoce. Ils assument également souvent des tâches de coordination entre les différentes professions concernées, tout particulièrement dans le domaine ambulatoire (service d'aide et de soins à domicile).



La **médecine gériatrique** ou médecine de la personne âgée est une spécialité médicale qui traite les affections physiques, mentales, fonctionnelles et sociales des personnes âgées. Elle dépasse ainsi la médecine d'organe et offre des soins supplémentaires au sein d'équipes multidisciplinaires, dans l'objectif essentiel d'optimiser l'état fonctionnel des malades âgés et d'améliorer la qualité de vie et l'autonomie. La médecine gériatrique n'est pas définie spécifiquement par l'âge des patients, mais doit faire face à la morbidité spécifique des personnes âgées. La plupart des patients ont 80 ans et plus ⁵.



La **psychogériatrie**, appelée aussi psychiatrie de la personne âgée, s'intéresse au traitement et à l'accompagnement de patients atteints d'affections psychiques ou confrontés à des situations de crise dans la seconde moitié de leur vie. Cette spécialité médicale fait notamment face à la dépression liée à l'âge, à la démence (p. ex., Alzheimer), à l'état confusionnel aigu, aux angoisses et aux situations de perte. Alors que certaines personnes ont toujours été atteintes d'une maladie psychique, cette dernière survient chez d'autres pour la première fois pendant la vieillesse. Parfois, les troubles psychiques apparaissent à la suite d'affections physiques.



⁵ Définition de l'Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS). 2008 : <http://www.sfgg.ch/pages/fr/home-page.php>

La **médecine de famille** joue un rôle central dans les soins ambulatoires des personnes très âgées. Souvent, le médecin de famille suit les patients depuis de nombreuses années. Il assure la prescription médicale ou la mise en place d'autres thérapies. Le médecin de famille joue également un rôle important de coordination entre les soins stationnaires et ambulatoires ; afin d'assurer la transition, l'échange d'informations et la communication entre le médecin de famille et le médecin à l'hôpital sont primordiaux.



Les **thérapies**, à savoir la physiothérapie, l'ergothérapie, les conseils nutritionnels ou la logopédie, sont très précieuses pour un grand nombre de patients âgés ou très âgés. Le soutien thérapeutique aide ces personnes à maintenir leurs capacités fonctionnelles et à rester autonomes plus longtemps.



Le **travail social** joue également un rôle important. En effet, il permet de prévenir ou d'atténuer les problématiques sociales (également celles d'ordre financier). Ce travail est souvent assuré par les services sociaux des hôpitaux et les services de consultation sociale des communes. Les **services d'aumônerie** contribuent aussi au bien-être social des patients très âgés en répondant à leurs besoins spirituels.



Exemples tirés de la pratique

Les quatre exemples présentés ici sont des cas emblématiques, tels qu'on les rencontre fréquemment dans la pratique quotidienne. Ils permettent d'illustrer les syndromes gériatriques susmentionnés à l'aide de différentes situations concrètes. Ils s'agit de situations réelles et se caractérisent par des constellations et des évolutions typiques. Les contextes, eux, varient : un exemple montre une collaboration interprofessionnelle presque parfaite, alors que dans un autre, le patient passe littéralement entre les mailles du filet. Les cas montrent également les limites et les obstacles (éventuels) de la prise en charge intégrée. Chaque situation illustre plus particulièrement l'un des domaines : les soins, la gériatrie, la psychogériatrie et le travail social. En réalité, d'autres professions interviennent souvent en parallèle ; il s'agit de professions thérapeutiques, comme la physiothérapie ou l'ergothérapie, des services d'aumônerie, des conseils nutritionnels et, surtout, de la médecine de famille.

Les cas sont à plusieurs titres représentatifs du groupe de patients étudié : à une exception près, ils sont très âgés (80 ans et plus) et fragiles (« frail elderly ») ; ils souffrent de plusieurs maladies (chroniques) simultanément (« polymorbidité ») ainsi que de limitations somatiques, psychiques, sociales et fonctionnelles ; leurs soins doivent être coordonnés et diverses professions doivent collaborer pour traiter et accompagner les patients en fonction de leurs besoins.

Exemples tirés de la pratique

1re opération du cœur

2e opération du cœur

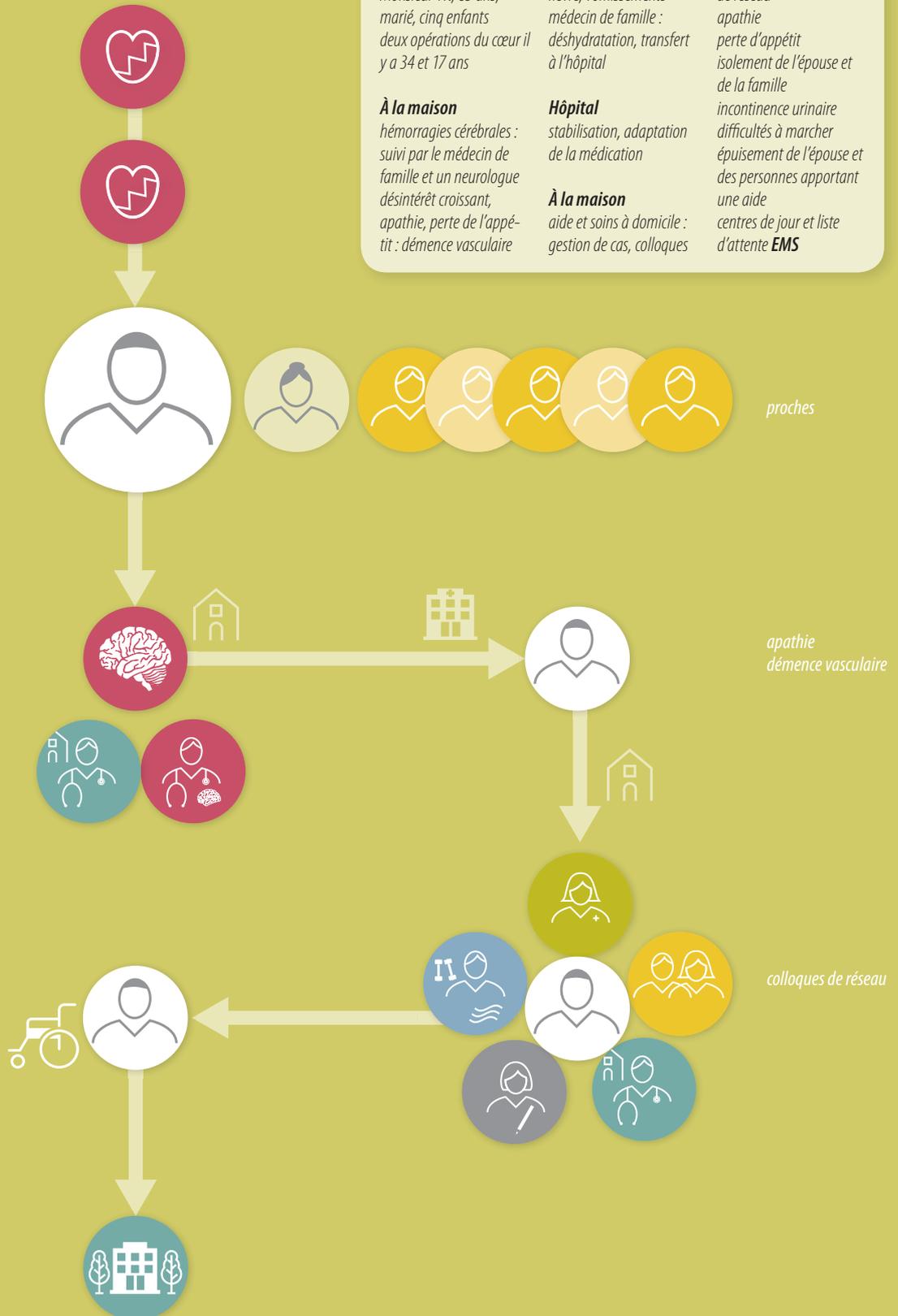
Monsieur W., 85 ans

hémorragies cérébrales

médecin de famille
neurologue

incontinence urinaire
difficultés à marcher

EMS



1

La personne désorientée

Monsieur W. (85 ans) vit avec son épouse (83 ans) dans un appartement. Il a subi une opération du cœur il y a 34 ans. Suite à cette intervention, il a dû quitter son poste de spécialiste en informatique et partir en retraite anticipée. Il a été opéré du cœur une deuxième fois il y a 17 ans. Jusqu'à il y a trois ans, il n'a connu aucun autre problème de santé. De confession catholique, Monsieur W. se rendait autrefois chaque année à Lourdes. Le couple a cinq enfants. Quatre d'entre eux vivent en Suisse, dont deux à proximité. La fille aînée vit à l'étranger.



Histoire du patient

Il y a trois ans, Monsieur W. a souffert de trois hémorragies cérébrales légères en l'espace de six mois. Elles ont provoqué des troubles de la parole, qui ont disparu après quelques semaines. Monsieur W. est suivi par son médecin de famille et par un neurologue. Son état de santé l'inquiète cependant, et il a décidé de renoncer à son permis de conduire. C'est une étape réellement décisive pour lui, car il avait autrefois l'habitude de voyager beaucoup avec son épouse.

Depuis lors, un désintéressement croissant et l'apathie marquent son quotidien, ce qui a également des conséquences sur son épouse. Monsieur W. n'a plus envie d'aller nulle part ; il parle de moins en moins. Il se détourne subitement de ses loisirs : il aimait par exemple construire des locomotives en laiton et publiait des articles dans des revues internationales. Le plus difficile pour son épouse est de constater qu'il s'alimente de moins en moins, bien qu'elle lui prépare en général ses plats préférés. Il ne boit plus beaucoup non plus : il dit ne pas en avoir envie.

Il y a deux ans, lorsque le couple a une nouvelle fois passé ses vacances chez sa fille aînée, cette dernière a remarqué chez son père des changements cognitifs et une démarche singulière, à petits pas. Il ne trouve plus ses repères dans la maison de sa fille. Au retour des vacances, Monsieur W. consulte le médecin de famille, qui l'adresse à un neurologue. Ce dernier diagnostique une **démence vasculaire**. Monsieur W. refuse un diagnostic plus appro-

fondi. Dans un premier temps, son épouse et leurs enfants parviennent à gérer la situation.

Cependant, au début de l'année passée, Monsieur W. tombe soudainement malade : il est atteint d'une forte fièvre accompagnée de vomissements. Le jour suivant, le médecin de famille est consulté. Elle fait hospitaliser Monsieur W., qui souffre de **déshydratation** suite à des vomissements d'origine inconnue. Monsieur W. est profondément perturbé par ce séjour à l'hôpital. Il craint que sa dernière heure ne soit proche. Lors du séjour à l'hôpital, les membres de la famille se relaient pour que le patient, extrêmement **désorienté**, ne reste pas seul. Après six jours, Monsieur W. peut rentrer chez lui. Sa médication est immédiatement réduite au minimum nécessaire.

Après ce séjour à l'hôpital, le **service d'aide et de soins à domicile** est mis à contribution en tant que **gestionnaire de cas (case management)**. Sa collaboratrice travaille étroitement avec le médecin de famille et organise plusieurs séances communes de discussions avec les proches. Elle conseille la famille de Monsieur W. et coordonne l'intervention des différentes professions : collaborateurs des services sociaux, nutritionnistes, logopédistes, physiothérapeutes et ergothérapeutes.

Le service d'aide et de soins à domicile assure une présence quotidienne : depuis le deuxième semestre de l'année passée, le patient a besoin de plus en plus d'aide pour les **soins corporels**, notamment en raison d'une incontinence urinaire. En outre, sa désorientation s'aggrave. Au début de l'année, la nourriture et surtout la boisson deviennent un problème quotidien : le patient n'a envie de rien (sauf de sucré). En outre, quelle que soit la boisson, il s'étouffe en buvant. Son apathie s'accroît, il ne parle presque plus à son épouse, veut qu'on le laisse tranquille, dort beaucoup durant la journée ou regarde la télévision. Le service d'aide et de soins à domicile met en place un système de téléalarme.

Monsieur W. éprouve de plus en plus de difficultés à marcher ; il devient tributaire de l'aide active de son épouse pour se déplacer. À l'extérieur, il utilise un fauteuil roulant. Les bons jours, il peut encore se mouvoir seul à l'intérieur de la maison ; le reste du temps, il utilise le fauteuil roulant, avec l'assistance de son épouse. Les deux filles qui vivent à proximité du couple aident régulièrement leurs parents.



Le service d'aide et de soins à domicile se charge désormais deux fois par jour des soins corporels du patient, mais malgré le matériel d'incontinence, Monsieur W. est souvent mouillé. Depuis huit mois, il se rend une fois par semaine dans une structure de soins de jour. Les dernières vacances auprès de sa fille aînée remontent à six mois. Tous savent que c'était sans doute la dernière fois qu'il effectuait ce voyage à l'étranger. En raison de son état de santé, un séjour à Lourdes n'est plus possible.

Monsieur W. est profondément affecté par son importante perte de **mobilité** et son incontinence urinaire. Il n'est pas réellement conscient de sa démence et s'aperçoit simplement qu'il perd la mémoire. « Je ne sais pas comment ça va continuer », dit-il. Il a peur de mourir. De temps à autre, il déclare avoir encore « beaucoup de choses à vivre ».

L'isolement social de l'épouse s'accroît. Son époux a toujours plus besoin de soins, et elle ne peut plus le laisser seul. Elle est heureuse de pouvoir compter sur l'appui du service d'aide et de soins à domicile, mais comme à son époux, il lui est pénible de devoir s'habituer régulièrement à de « nouveaux » collaborateurs du service. La continuité fait défaut. Lorsque le surmenage de son épouse s'exacerbe, Monsieur W. consent – sans enthousiasme – à se rendre dans la structure de soins de jour trois fois par semaine. Le placement dans un EMS est cependant inévitable. Monsieur W. est inscrit sur la liste d'attente de l'institution choisie.

ANALYSE

Aspects somatiques et psychiques

Au moment de son hospitalisation, Monsieur W. souffre d'une démence vasculaire à un état avancé. Les démences surviennent généralement chez des personnes âgées. En Suisse, 26 % des personnes de 85 à 89 ans sont atteintes d'une démence, chez les plus de 90 ans, cette proportion dépasse 40 %.⁶

La maladie d'Alzheimer est la forme la plus fréquente de démence, vient ensuite la démence vasculaire. Cette dernière résulte généralement d'un trouble de l'irrigation du cerveau qui entraîne la disparition localisée de cellules cérébrales. Les troubles de l'irrigation sont la conséquence d'une dégradation des vaisseaux sanguins, probablement due à une hémorragie cérébrale dans le cas de Monsieur W.⁷

Les symptômes physiques dont souffre Monsieur W. sont typiques du stade avancé de la maladie : altération des fonctions mentales, apathie et tendance à s'isoler dans le silence. Le patient a besoin d'aide pour tous les actes du quotidien. Monsieur W. perd la maîtrise de sa posture, de sa mobilité et de sa vessie ; chez de nombreux patients, l'intestin est également atteint. Les troubles de la déglutition, tels que ceux de Monsieur W., sont également fréquents.

Les symptômes identifiés chez Monsieur W. peuvent également toucher des patients très âgés ne souffrant pas d'une forme ou d'une autre de démence. La fragilité, la confusion, l'incontinence et les angoisses sont des difficultés typiques de cette population.

Aspects sociaux

L'objectif de Monsieur W. et de sa famille est de repousser autant que possible, grâce à une aide professionnelle, le placement dans un EMS. La progression de la maladie est lente et insidieuse. Au fil du temps, il est nécessaire d'impliquer un nombre croissant d'intervenants. Malgré un réseau d'entraide dense et le soutien de la famille, l'épouse est surmenée et isolée de son cercle social. En outre, l'aide professionnelle ne garantit pas la continuité (nécessité de s'habituer à de « nouveaux collaborateurs » du service d'aide et de soins à domicile). Finalement, ce soutien ne permet plus au couple de passer des nuits paisibles. Ce sont les difficultés nocturnes qui ont été le déclencheur pour l'inscription de Monsieur W. dans un EMS.

⁶ Alzheimer Suisse : Demenzprävalenz in der Schweiz. Berne 2017

⁷ Alzheimer Suisse: Alzheimer et autres démences. 2017, <http://www.alz.ch/index.php/alzheimer-et-autres-demences.html>

Collaboration interprofessionnelle

Avant son séjour à l'hôpital, Monsieur W. est suivi par son médecin de famille. Après son hémorragie cérébrale, il est traité par un neurologue, qui diagnostique une démence. Malgré un besoin de soutien qui s'accroît progressivement, la situation reste supportable pour l'épouse et les enfants. Beaucoup d'activités restent envisageables (notamment des vacances), et une intervention du service d'aide et de soins à domicile n'est pas nécessaire.

Par la suite, la situation se détériore rapidement. En raison d'une forte fièvre et de vomissements, Monsieur W. doit être hospitalisé. S'il peut retourner chez lui après six jours, lui et son épouse mobilisent désormais l'aide de nombreux intervenants : les services sociaux pour les demandes de prestations complémentaires, les structures de soins de jour pour soulager l'épouse ou encore la logopédiste et la nutritionniste pour les troubles de la déglutition. À cela s'ajoutent les séances de physiothérapie hebdomadaires pour le maintien de la mobilité, les conseils de l'ergothérapeute concernant les restrictions de la motricité fine et enfin les visites bihebdomadaires du prêtre au domicile du patient.

Obstacles et moments critiques

Dans l'ensemble, le réseau d'entraide et de soutien fonctionne bien dans le cas de Monsieur W. Cependant, le soutien ambulatoire interprofessionnel n'est pas exempt de défaillances. Plusieurs obstacles peuvent se présenter :

- les professionnels de la santé concernés oublient de désigner une personne en charge de la coordination ;
- les proches sont surmenés, mais ne veulent pas ou ne peuvent pas demander une aide externe ;
- les proches ont l'impression que les professionnels ne les traitent pas d'égal à égal, comme des partenaires, ou ne les prennent pas au sérieux ;
- les objectifs de traitement n'ont pas été fixés d'un commun accord. Des conflits peuvent émerger à ce sujet entre les proches et le réseau d'entraide.

Concrètement, dans le cas de Monsieur W., on peut identifier plusieurs moments critiques :

- le manque de continuité au niveau des équipes du service d'aide et de soins à domicile est problématique. Or, l'existence d'une continuité est fondamentale. Elle renforce la confiance et le sentiment de sécurité des patients et de leurs proches ;
- aucun des professionnels impliqués n'assume la responsabilité du suivi global. Il n'y a notamment pas de plan de prise en charge accessible à tous, qui réuni-

- rait les informations et les problèmes connus ;
- malgré le soutien reçu, les peurs (des coûts, de la dépendance à autrui, de l'EMS ou encore de la mort) prennent le dessus chez les personnes concernées.

Le rôle spécifique du domaine de soins

Le service d'aide et de soins à domicile assume la fonction de gestion de cas et assure la coordination entre les différents groupes professionnels. Il est également très impliqué dans les tâches spécialisées : lorsque les difficultés physiques de Monsieur W. s'aggravent, le service d'aide et de soins à domicile se charge deux fois par jour de tous les soins corporels. Avec l'apparition de l'incontinence urinaire, un conseil doit être mis en place, également pour l'épouse. Les dispositifs d'incontinence sont adaptés à plusieurs reprises. Il devient toujours plus important de conseiller, d'accompagner et de soutenir l'épouse de Monsieur W. Une infirmière de référence est à sa disposition. Elle collabore étroitement avec le médecin de famille. Les infirmiers impliqués fournissent un travail adapté à la personne et aux circonstances : il faut stabiliser la situation à domicile, fournir un accompagnement au fur et à mesure de l'apparition des symptômes et obtenir des ressources.



CONCLUSIONS ET MESSAGE

Dans l'exemple de Monsieur W., les entretiens organisés par le service d'aide et de soins à domicile avec les proches de même que le consensus quant à la personne en charge de coordonner le réseau ambulatoire d'entraide ont été déterminants pour la réussite de la collaboration interprofessionnelle après l'hospitalisation du patient. Dans l'exemple de Monsieur W., la coordination a été assumée par la collaboratrice du service d'aide et de soins à domicile en contact étroit avec le médecin de famille. En principe, d'autres groupes professionnels ou organisations peuvent assurer cette coordination et la gestion de cas (case management), p.ex. Pro Senectute, les ligues cantonales contre le cancer, les ligues cantonales pulmonaires ou les services sociaux.



Liste succincte des événements

Monsieur B., 78 ans, divorcé, pas d'enfant, fumeur

Séjours à l'hôpital

1. Amputation de la cuisse et prothèse depuis 17 ans
1. Colectomie, anus artificiel il y a trois ans
perte de poids et de mobilité séjours répétés à l'hôpital

À la maison

aide et soins à domicile : prise de médicaments, organisation du soutien
Aide de plusieurs professionnels
manque de la collaboration interprofessionnelle

refus de s'alimenter
perte de poids : escarres, prothèse dentaire inadaptée
bronchite chronique
poussées aiguës : visites répétées chez le médecin et admissions d'urgence (hôpital) : recours au centre gériatrique et organisation de soutien
gériatre : coordination
physiothérapie : respiration, activation fonctionnelle
conseil nutritionnel
ergothérapie : garantir la mobilité à domicile
crises de panique
médication : interactions
douleurs

Hôpital

douleurs
zona
panique
risque de rupture d'un anévrisme
problèmes de médication
équipe mobile de soins palliatifs
planification anticipée des soins
trousse d'urgence
directives anticipées du patient

À la maison

bronchite chronique aiguë : admission d'urgence à l'hôpital : décès

Amputation de la cuisse
prothèse



Monsieur B., 78 ans



divorcé,
pas d'enfants

anus artificiel



prothèse dentaire inadaptée, chaise roulante, perte de poids, fumer, bronchite chronique, visites du médecin de la famille

Aide de plusieurs professionnels



bronchite chronique aiguë
faiblesse



crises de panique, troubles respiratoires



perte de poids, escarres, admission d'urgence, centre gériatrique: évaluation

décès



2

La personne solitaire

Avant de prendre sa retraite, Monsieur B. (78 ans) occupait un poste de cadre inférieur dans l'entreprise de transport locale. Veuf d'une première union et divorcé d'une seconde, il vit seul dans un trois-pièces. Il n'a ni enfants ni famille. Il vit isolé avec son chat. Les seules personnes qui lui rendent visite sont un voisin et une connaissance, âgée de 40 ans, qui vit dans un pays limitrophe et qu'il connaît depuis quelques années seulement. Il passe ses journées à regarder des documentaires ou des séries policières. Passionné d'aviation, il se rend parfois à l'aéroport militaire tout proche de chez lui pour y observer les avions.



Histoire du patient

En 2005, Monsieur B. a été amputé à la hauteur de la cuisse droite. Grâce à sa prothèse, il a gardé sa mobilité et son autonomie. La méthadone permet de traiter les douleurs fantômes.

En 2014, Monsieur B. est hospitalisé. Il doit subir une colostomie avec pose d'un anus artificiel. Cette hospitalisation entraîne une importante **perte de poids**, et l'état général de Monsieur B. se dégrade fortement. C'est le point de départ du **dédain fonctionnel** de Monsieur B. : lorsqu'il rentre chez lui, il souffre de dénutrition et a perdu sa mobilité, car sa prothèse ne tient plus sur son moignon. De plus, parce qu'il n'a pas effectué de séance de physiothérapie, son membre amputé présente une flexion rigide. L'hôpital a omis d'effectuer une **évaluation gériatrique** de ce patient.

L'unité de chirurgie confie au service d'aide et de soins à domicile la responsabilité des soins ambulatoires de Monsieur B. Le service met alors sur pied des visites et une aide professionnelle. Une stomathérapeute lui apprend à s'habituer à l'anus artificiel et à vider lui-même la poche. La collaboratrice du service d'aide et de soins à domicile lui montre comment prendre correctement ses médicaments. Une aide-soignante l'assiste dans sa toi-

lette. **L'ergothérapeute** lui fournit un fauteuil roulant, et le spécialiste du travail social l'aide à déposer une demande d'allocation pour impotents. Cependant, rien n'est entrepris pour adapter la prothèse, et Monsieur B. se déplace désormais en fauteuil roulant. Il ne peut pas quitter l'immeuble, car la porte d'entrée est trop lourde. Il continue de s'occuper lui-même de ses finances et de ses repas. Sa connaissance se charge de la lessive, du ménage et des courses. S'il doit sortir de chez lui, il appelle un taxi. Le service d'aide et de soins à domicile le considère comme étant un patient exigeant.

Au cours des 18 mois suivants, Monsieur B. mène une vie relativement autonome, mais ne sort presque jamais. Il tient absolument à rester dans son appartement : à cause de son chat, mais aussi parce qu'il peut conserver son rythme nocturne de couche-tard. Il refuse la livraison de repas à domicile, car il apprécie de pouvoir lui-même cuisiner. Les repas qu'il se prépare ne couvrent cependant pas ses besoins, et il perd encore du poids. Depuis des années, il est atteint d'une bronchite chronique qui ne cesse de s'aggraver d'autant plus qu'il continue de **fumer**. Des crises aiguës surviennent plusieurs fois par an ; elles sont soignées par le médecin de famille ou le médecin de garde. Ces praticiens sont régulièrement sollicités lorsque Monsieur B. souffre d'expectorations excessives ou de difficultés respiratoires. Ils se rendent à chaque fois au domicile du patient.

À partir de l'été 2015, sa perte de poids a de graves conséquences sur son état de santé : des escarres apparaissent sur le talon et le siège. Elles sont examinées et suivies par la stomathérapeute. Le service d'aide et de soins à domicile se charge de changer les pansements. En raison de la perte de poids, la prothèse dentaire du patient n'est plus adaptée, ce qui complique la prise d'aliments et accroît la **dénutrition**. Un technicien-dentiste se rend à plusieurs reprises au domicile du patient et procède à une adaptation de la prothèse. Il assure le financement nécessaire en demandant des prestations complémentaires en faveur de Monsieur B.

Lorsque la situation devient toujours plus précaire et que Monsieur B. est une nouvelle fois admis au **service d'urgences**, le centre gériatrique du réseau de santé cantonal se penche sur son cas. Une équipe de gériatrie ambulatoire rend alors visite au patient dans son appartement. Selon cette évaluation, Monsieur B. est encore capable de



bien gérer son quotidien et ne présente pas de **troubles cognitifs** importants. Monsieur B. exprime clairement le souhait de rester dans son appartement, même si sa **solitude** lui pèse. Des séances de physiothérapie sont organisées afin d'améliorer ses fonctions et capacités pulmonaires et d'atténuer la flexion de sa jambe droite. Une nutritionniste évalue l'alimentation du patient, qui se montre peu réceptif à ses conseils. Il accepte néanmoins de prendre des compléments alimentaires par voie orale. Cette mesure permet de stabiliser son poids. L'ergothérapeute commande un coussin anti-escarres et propose de changer l'orientation du seuil du balcon afin que Monsieur B. puisse y accéder en fauteuil roulant. Les prestations de soins sont coordonnées par le gériatre, de concert avec le médecin traitant. Au cours des mois suivants, un placement dans un EMS est proposé à plusieurs reprises au patient. Il refuse catégoriquement cette possibilité.

Son état de santé se dégrade toujours plus à la suite de crises répétées.

À partir de fin 2015, les **crises de panique** se multiplient, prenant la forme de troubles respiratoires. Ces attaques se produisent presque toujours le week-end. Le patient s'adresse alors au médecin de garde ou au service d'urgence médicale, qui l'emmène aux urgences. Il est ensuite parfois hospitalisé pour une courte durée. Le traitement médicamenteux de ces crises est délicat à double titre. Premièrement, il existe un risque d'interaction médicamenteuse avec la méthadone. Deuxièmement, Monsieur B. a par le passé souffert d'une **dépendance à la benzodiazépine**. On souhaite éviter une rechute d'autant plus que le patient ne respecte pas exactement le dosage des médicaments prescrits. Afin de calmer les angoisses et de tenir compagnie à Monsieur B., le service d'aide et de soins à domicile envoie régulièrement une personne bénévole au domicile du patient le soir et durant les week-ends.

Au printemps 2016, les crises de panique se compliquent à la suite de l'apparition de **douleurs** d'origines diverses : le patient développe d'abord un zona sur la poitrine. Il s'accompagne de violentes douleurs localisées, qui ne font qu'augmenter son état de panique. Il est brièvement hospitalisé afin de traiter ces douleurs. Malheureusement, peu de temps après son retour chez lui, des douleurs au niveau de l'aîne droite apparaissent. Elles sont dues à un **anévrisme** dans l'artère de la cuisse amputée qui ne cesse

de grossir et entraîne un risque élevé de rupture. Monsieur B. et les chirurgiens vasculaires consultés renoncent toutefois à une intervention compte tenu du mauvais état général du patient.

L'anévrisme cause des douleurs toujours plus vives, qui perturbent le sommeil de Monsieur B. Le dosage des analgésiques doit être adapté. Le patient éprouve en outre des difficultés avec la morphine, qu'il prend irrégulièrement et à des doses différentes.

L'équipe ambulatoire des **soins palliatifs** procède à une évaluation afin de pouvoir se préparer à domicile à une éventuelle rupture d'anévrisme. La possibilité de recourir à une **planification anticipée des soins** est abordée avec Monsieur B. Une **trousse d'urgence** est préparée afin que le service d'aide et de soins à domicile puisse intervenir en cas de nécessité. Monsieur B. rédige ses **directives anticipées** et son testament.

En août 2016, il doit se faire réhospitaliser en raison d'une crise aigüe de bronchite chronique. Il décède quelques jours plus tard, peu après avoir reconnu être désormais trop faible pour rentrer chez lui.

ANALYSE

Aspects somatiques et psychiques

Dans le cas de Monsieur B., l'indication chirurgicale a motivé l'opération de l'intestin. Ce problème propre à un organe a été résolu, mais le traitement a provoqué d'innombrables dommages chez le patient. Ce dernier perd énormément de poids et souffre désormais d'une dénutrition chronique. Après l'opération, la prothèse n'est plus adaptée à la cuisse amputée, et Monsieur B. voit sa mobilité réduite. Les professionnels de l'unité de chirurgie se focalisent sur l'opération de l'intestin et ignorent les autres problèmes de santé du patient, c'est-à-dire aussi bien l'importante perte de poids et les graves conséquences de l'intervention sur la cuisse que la bronchite chronique, la dépendance à la nicotine et aux médicaments ou encore la faiblesse musculaire du patient. Les mesures de rééducation précoce sont écartées ; Monsieur B. refuse des séances de physiothérapie. Comme il ne souffre pas de troubles cognitifs, son **état psychique** est jugé stable par l'unité de chirurgie. Le suivi ambulatoire de Monsieur B. demeure fragmenté. L'intervention à l'intestin s'est révélée être le déclencheur d'une spirale descendante qui a conduit, à long terme, au dédain fonctionnel de Monsieur B.

Aspects sociaux

Monsieur B. est un homme âgé qui vit seul. Il est socialement isolé et n'a que très peu de contact avec autrui. Cet isolement est un choix : il insiste pour rester chez lui malgré son état de santé précaire et veut conserver son rythme de vie habituel. Il tient à son indépendance : il souhaite gérer seul ses finances, faire lui-même la cuisine, garder son chat, etc. Dans son cas précis, il n'y a pas d'entourage social qui puisse lui prêter main-forte. Des proches ou des amis auraient sans doute pu arrêter son dédain fonctionnel et organiser suffisamment tôt un réseau d'entraide et de soutien.

Pour Monsieur B., un placement en EMS est inimaginable, car incompatible avec sa conception d'une vie autonome. Durant toute sa maladie, il se repose entièrement sur les professionnels du domaine ambulatoire.

Collaboration interprofessionnelle

Monsieur B. passe littéralement à travers les mailles du filet pendant et après son opération de l'intestin. L'unité de chirurgie confie certes au service d'aide et de soins à domicile l'organisation du suivi en ambulatoire et la mobilisation des différents professionnels de la santé. Il manque cependant un aperçu global de la situation. Personne ne se charge ni de la gestion de cas ni de la coordination des prestations d'aide à domicile (thérapies et soins). Une **évaluation gériatrique** multidimensionnelle conduite parallèlement au traitement chirurgical aurait augmenté les chances d'améliorer l'état fonctionnel.

Or, cette évaluation a été dans son cas menée très tardivement (18 mois après l'intervention chirurgicale), presque par hasard et à un stade déjà avancé de cette spirale descendante. Un réseau coordonné d'entraide est alors mis en place, et certaines des difficultés du patient peuvent être provisoirement atténuées. Le besoin d'autonomie du patient et son souhait de rester dans son appartement sont respectés jusqu'à la fin.

Obstacles et moments critiques

Le cas de Monsieur B. est à maints égards un exemple négatif de traitement d'un patient très âgé et polymorbide. Les **soins coordonnés** ont échoué sur plusieurs points :

- à l'hôpital, Monsieur B. est traité comme un patient plus jeune, selon une approche unidimensionnelle de médecine spécialisée ; on néglige sa situation complexe et polymorbide ;
- au moment de son hospitalisation, Monsieur B. est un patient fragile de 75 ans. Or, il n'est pas pris en charge comme un patient gériatrique, mais comme un patient « standard ». Les responsables de l'établissement n'effectuent pas d'évaluation gériatrique ;
- le service de psychogériatrie de l'hôpital n'est pas impliqué. Monsieur B. est considéré comme un « patient difficile ». Des professionnels auraient probablement relevé dans son comportement des signes de troubles psychiques et fait appel à un soutien adéquat ;
- la prise en charge spécialisée est certes confiée au service d'aide et de soins à domicile, mais ce dernier n'organise pas de colloques de réseau où tous les in-



tervenants (y c. le médecin de famille) se rencontrent pour clarifier les rôles (et notamment la responsabilité du suivi global). Le patient doit lui-même mettre en place l'assistance dont il a besoin ;

- après l'opération de l'intestin, si le service d'aide et de soins à domicile est impliqué, il s'en tient cependant à la mission que lui a confiée le service de chirurgie. Il ne fait preuve d'aucune initiative, ni pour clarifier la question de la gestion de cas avec les professionnels concernés ni pour assumer lui-même cette gestion. Les différentes professions ne collaborent pas.

Le rôle spécifique du domaine gériatrique



L'équipe ambulatoire de gériatrie intervient alors que la prise en charge de Monsieur B. a déjà connu de nombreuses défaillances. Les professionnels de la santé parviennent néanmoins à créer un réseau d'entraide et de soutien qui s'occupe des difficultés du patient. Grâce à un soutien spécialisé, les troubles respiratoires de Monsieur B. s'atténuent quelque peu, et sa jambe amputée retrouve sa **mobilité** (grâce à la physiothérapie). Pour la première fois depuis longtemps, le patient parvient à stabiliser son poids (grâce aux conseils nutritionnels) et bénéficie d'une meilleure mobilité dans son appartement (grâce à l'ergothérapie). Dans cet exemple le gériatre coordonne les prestations de soins et la garantie de prise en charge des coûts.

Le centre gériatrique transfère finalement Monsieur B. à l'équipe des soins palliatifs. Cette dernière aide le patient à se préparer à sa fin de vie. C'est lors de cette phase que le patient décide notamment de renoncer à une intervention invasive et, partant, de s'exposer au risque d'une rupture d'anévrisme, qui pourrait lui être fatale. Monsieur B. règle quelques dernières formalités importantes à ce moment-là (directive anticipée du patient et testament). Il décède à l'hôpital après avoir pu prendre en toute conscience congé de son appartement.

CONCLUSIONS ET MESSAGE

L'exemple de Monsieur B. illustre parfaitement comment une intervention chirurgicale peut déclencher chez un patient âgé une spirale descendante, avec pour conséquence un dédain fonctionnel. Le médecin zurichois Daniel Grob, spécialiste en gériatrie aigüe, décrit ainsi les risques associés à une intervention chez les patients âgés :

« Les personnes très âgées sont [aujourd'hui] souvent traitées comme des patients plus jeunes, c'est-à-dire selon une approche unidimensionnelle, spécifique à un organe. Il existe de ce fait un risque de complications, qui peuvent altérer la qualité des dernières années de vie du patient. » 8

L'évaluation gériatrique est l'élément clé qui permet d'éviter, dans la mesure du possible, un tel phénomène. En tant qu'outil d'approche clinique des patients très âgés et polymorbides, elle doit être effectuée de manière systématique dans les hôpitaux, comme l'exigent d'ailleurs depuis longtemps les professionnels de la santé.

Cette évaluation se concentre sur différents aspects primordiaux : la fonction musculaire, la santé osseuse, la marche et l'équilibre, les fonctions cognitives, l'organisation de la vie quotidienne, l'alimentation, les douleurs, les difficultés psychiques, la prise de médicaments (effets secondaires, interactions), l'état de santé général, l'entourage social et la qualité de vie. L'évaluation gériatrique constitue la base d'un plan de prise en charge individuel pour les patients. À cet égard, l'échange d'informations entre l'hôpital et les professionnels de la santé chargés du suivi (médecin de famille surtout) est essentiel pour une mise en œuvre au quotidien du plan de prise en charge.

Sur le plan social et dans l'exemple de Monsieur B., il y a lieu de se demander en outre si les professionnels de la santé n'ont pas négligé le besoin de protection du patient : est-il judicieux de le laisser seul dans son appartement alors même qu'il est sujet à des douleurs et à des crises de panique, autrement dit alors que sa situation de santé devient toujours plus précaire ?

8 Daniel Grob : Multimorbidität und Priorisierung von Behandlungszielen. In : Der ältere Patient im klinischen Alltag. Ein Praxislehrbuch der Akutgeriatrie. Stuttgart 2017

Barbara Bucher, experte en travail social, s'exprime ainsi à ce sujet » :

« Dans la zone de tension entre besoin d'autonomie et besoin de protection (temporaire ou prolongée), les professionnels de la santé ont un devoir d'assistance. Cette responsabilité doit être assumée avec diligence, compétence technique et empathie. La phrase que l'on entend souvent «si le patient ne veut pas, on ne peut rien faire», ne règle pas le problème.

Dans ces cas, il convient de peser soigneusement les intérêts en tenant compte des proches (ainsi que de leurs ressources et de leurs limitations) avant de prendre ensemble une décision adéquate. »



3

La personne traumatisée

Monsieur O. (84 ans) vit avec son épouse (81 ans) dans leur appartement. Le couple a deux fils adultes. Monsieur et Madame O. sont d'origine allemande. Monsieur O. est né dans l'ex-RDA. Il a connu la guerre, les déplacements et la fuite. Jusqu'à sa retraite, il occupait un poste de chef du personnel dans une grande entreprise.

Le cyclisme et la randonnée en montagne faisaient autrefois partie de ses loisirs, mais il a dû y renoncer en raison de problèmes de santé. Il vit depuis isolé chez lui et a très peu de contact avec le monde extérieur. Ses fils le trouvent moussade.

Histoire du patient

Tout au long de son existence, Monsieur O. a été régulièrement sujet à des crises de **dépression** et d'angoisse, qui sont toutefois passées largement inaperçues. Il n'a jamais consulté à ce propos. Il est par ailleurs atteint de différentes affections somatiques : une insuffisance cardiaque due à des artères coronaires rétrécies, de l'hypertension, de l'arthrose aux deux hanches (le côté gauche est davantage touché) et de maux de dos complexes et chroniques (« sciatique ») qu'il est difficile de maîtriser sans l'aide de médicaments.

L'état de Monsieur O. bascule suite à un événement aigu : le patient trébuche chez lui sur un seuil et **chute**. Le fils appelle le médecin de famille, qui se rend d'urgence au domicile de Monsieur O. et pose un diagnostic présumé de **fracture du col du fémur**. Le patient est hospitalisé, notamment afin de clarifier la nécessité d'une opération.

Le médecin de famille discute préalablement en détail de l'hospitalisation avec la collègue responsable. Compte tenu de l'âge et de la polymorbidité de Monsieur O., il annonce ce dernier comme un patient ayant un risque accru d'**état confusionnel aigu**. Le médecin de famille organise, avec les fils de Monsieur O., l'hospitalisation de ce dernier et l'accompagnement de l'épouse. Madame O. est dépassée par les événements ; pour la première fois, l'attention du médecin est alertée par son **état de confusion**.

Le patient est transporté au **service d'urgence** de l'hôpital local. Son fils l'accompagne dans l'ambulance. Monsieur

O. est pris en charge par la chirurgienne de garde, à qui le médecin de famille a préalablement transmis les informations nécessaires. Compte tenu du risque d'état confusionnel aigu, elle fait immédiatement appel aux conseils du **service de gériatrie** de l'hôpital. Parallèlement aux examens concernant la fracture du col du fémur, une **évaluation gériatrique** est effectuée. Le fils présent à l'hôpital est également interrogé à cette occasion. Au cours de cette évaluation, le gériatre pose le diagnostic présumé d'une **évolution de démence** avec des symptômes d'accompagnement dépressifs et s'adresse donc à **l'équipe de consultation en psychogériatrie**. Un traitement antidouleur adéquat est mis sur pied en parallèle. Outre les examens de routine requis en cas de fracture du col du fémur, on procède – d'un commun accord avec le service de gériatrie – à d'autres **tests de laboratoire** nécessaires pour les patients de cet âge. On découvre ainsi une légère carence en vitamine B12 et une carence en protéines. Le taux de glycémie se situe dans la fourchette normale, mais des valeurs légèrement trop élevées en hémoglobine glyquée (HbA1c) suggèrent un possible **diabète** sucré. On prescrit au patient la prise de vitamine B12. Quelques examens complémentaires permettent de confirmer la présence d'un diabète sucré. Un régime spécifique est alors prescrit. Aucune anomalie n'est détectée concernant le foie et les reins.

Le psychogériatre évalue la **santé psychique** du patient et recueille diverses informations biographiques. Il apprend à cette occasion que le patient a connu des crises psychiques récurrentes qui ont toujours coïncidé avec des changements professionnels décisifs. Le psychogériatre est également informé des événements traumatisants qui ont marqué l'enfance du patient, en particulier lors de la fuite vers l'Ouest.

Dans son diagnostic présumé complémentaire, le psychogériatre relève un cumul d'**états de stress post-traumatique** avec essentiellement des troubles dépressifs et anxieux. Il confirme l'existence, d'un point de vue psychiatrique également, d'un risque accru d'état confusionnel postopératoire aigu.

Entre-temps, l'équipe de chirurgie a posé une indication opératoire sur la base des résultats des examens. Le fils était présent lors de tous les tests et a maintenu un bon contact avec son père.



Le chirurgien, le gériatre et le psychogériatre ainsi que le fils informent Monsieur O. des résultats des examens, de l'indication opératoire et du risque d'état confusionnel aigu. Ils abordent ensemble les mesures préventives envisageables. Le fils s'entretient avec son frère à ce sujet par téléphone. Le père et le fils se prononcent en faveur d'une opération, qui devra être associée à des mesures préventives particulières telles que prévues par l'hôpital en cas de risque d'état confusionnel aigu. La date de l'intervention est fixée au lendemain matin. Une **veilleuse (une personne bénévole)** est organisée pour la surveillance du patient après l'opération. L'accompagnante désignée passe un peu de temps avec Monsieur O. et son fils afin que tous fassent connaissance à ce stade déjà.

L'hôpital offre une possibilité de rooming-in, et le fils peut donc passer la nuit à l'hôpital auprès de son père.

Le lendemain matin, l'accompagnante chargée de la veille rend visite au patient et crée le lien avec ce dernier en présence du second fils, venu prendre le relais de son frère. L'accompagnante et le fils entourent le patient jusqu'à son entrée au bloc opératoire.

Après l'opération, l'accompagnante et le fils se tiennent aux côtés du patient lorsqu'il reprend connaissance dans la salle de réveil. Ils assurent le contact et le lien avec le monde extérieur. Ils aident le patient à trouver ses repères et facilitent la communication de ses besoins à l'équipe stationnaire de soins. Une attention particulière est également accordée à un traitement antidouleur adéquat.

Malgré toutes ces mesures préventives, l'agitation gagne Monsieur O. Il appelle au secours et montre clairement des signes de **panique**. Sujet à des hallucinations, il pense être menacé par des soldats armés. Il est alors transféré dans un espace protégé et calme. L'accompagnante et le fils restent à ses côtés. Le gériatre et le psychogériatre sont une nouvelle fois mis à contribution. Ils diagnostiquent tous deux un état dissociatif lié à la réactivation d'un **traumatisme**. Ils conviennent ensemble de mesures médicamenteuses et non médicamenteuses. La famille est une nouvelle fois informée de la situation et impliquée dans la recherche de mesures sécurisantes.

En général, la présence de son épouse exerce un effet apaisant sur le patient. Mais, dans cette situation de stress, les prémices d'une démence se sont accentuées chez Madame O. Restée à domicile, elle est elle-même agitée et a besoin d'un accompagnement. Le psychogériatre organise un **colloque de famille** avec l'épouse et les fils afin d'évaluer l'état de santé de cette dernière. La famille décide, avec le psychogériatre, de tenter une visite de

l'épouse au chevet du patient. Ce contact se révèle finalement apaisant pour les époux. Tous deux se reconnaissent et peuvent se soutenir mutuellement.

En compagnie de sa petite-fille, qui a pris soin d'elle à son domicile lors de l'hospitalisation du patient, Madame O. reste désormais aux côtés de son mari. À l'hôpital, l'accompagnante se tient à la disposition de la petite-fille sur appel. La situation s'apaise quelque peu dans l'ensemble, mais le patient reste fragile sur le plan psychique. Un **colloque de réseau** est organisé. Elle réunit le médecin de famille, une représentante du service concerné du service d'aide et de soins à domicile, les deux fils, la chirurgienne, le gériatre et le psychogériatre. L'objectif est de déterminer les conditions qui permettraient au patient de retrouver son environnement habituel et de favoriser ainsi une stabilisation aussi prompte que possible de son état psychique.

Avec l'appui du service d'aide et de soins à domicile, du service psychiatrique d'aide et de soins à domicile, du médecin de famille, d'une physiothérapeute du domaine ambulatoire et de la famille (une des petites-filles de Monsieur O. en particulier), un **réseau ambulatoire de prise en charge** est mis sur pied, et le patient peut rapidement rentrer chez lui. Aussi bien l'accompagnante que la chirurgienne, le gériatre et le psychogériatre restent disponibles en cas de besoin. Le gériatre et le psychogériatre seront par la suite aussi sollicités individuellement. Ils fournissent un bon encadrement au réseau ambulatoire d'entraide.

Trois semaines seulement après son retour à domicile, le patient trouve une place dans une clinique gériatrique de jour, où il peut commencer sa réadaptation. Il accepte désormais de suivre par ailleurs des entretiens psychiatriques et psychothérapeutiques afin de traiter également sa **dépression** et ses angoisses.

ANALYSE

Aspects somatiques et psychiques

Les chutes avec fractures osseuses sont fréquentes chez les patients très âgés. Parmi les principales causes, on peut citer les faiblesses musculaires liées à l'âge, les troubles de la marche et de l'équilibre, les déficits cognitifs ou la peur de tomber. Les chutes peuvent également être dues à des facteurs externes, tels un éclairage insuffisant au domicile du patient, des irrégularités sur la chaussée ou un faux pas dans une cage d'escalier.

Chez les personnes âgées, les fractures sont plus courantes en raison de l'**ostéoporose**. La guérison n'est en outre pas toujours optimale. Elle est compliquée par une diminution de la stabilité osseuse, une atrophie de la masse musculaire, une perturbation de la cicatrisation des plaies et une vulnérabilité aux infections. Les grands hôpitaux disposent de ce fait d'un centre spécialisé en traumatologie gériatrique. Dans de telles unités, une collaboration interdisciplinaire étroite permet d'améliorer les conditions d'une opération, de traiter également les maladies gériatriques dès leur apparition et de mettre immédiatement en place des mesures de réadaptation ¹⁰.

Dans l'exemple de Monsieur O., la chute comporte une dimension psychiatrique : elle fait remonter à la surface un **traumatisme** non surmonté remontant à plusieurs décennies. L'humeur maussade de Monsieur O. ainsi que les crises psychiques récurrentes qu'il a vécues par le passé et qu'il a su maîtriser à force de volonté en sont deux expressions typiques.

L'état confusionnel aigu dont souffre Monsieur O. malgré les mesures préventives est un phénomène fréquemment observé chez les patients très âgés. Après une intervention en milieu hospitalier (même très peu invasive), cet état de confusion temporaire n'est pas rare. Il s'explique notamment par le fait que le patient doit gérer à la fois sa maladie et la présence de personnes étrangères dans un environnement lui aussi inconnu. De même, les infections, les **douleurs** et les effets secondaires des médicaments peuvent être à l'origine d'une telle confusion. Les personnes atteintes d'un début de démence sont les plus exposées au risque d'état confusionnel aigu.

Aspects sociaux

Les deux époux sont très âgés et fragiles : Monsieur O. est un patient polymorbide à la santé psychique fragile, et Madame O. est atteinte d'un début de démence. Néanmoins, dans leur constellation de couple, ils s'apportent mutuellement soutien et équilibre. Ils gèrent leur ménage de façon autonome. Le médecin de famille suffit à assurer leur suivi médical.

Or, un événement aigu fait dangereusement vaciller cet équilibre précaire. La chute de Monsieur O., qui entraîne son hospitalisation, a également des conséquences sur son épouse, dont l'équilibre est alors sévèrement perturbé. Cet incident accélère l'évolution de sa démence. La relation de couple exerce un effet apaisant sur les deux époux. On le voit clairement lorsque Monsieur O. reprend connaissance après son opération : les époux se reconnaissent et peuvent se soutenir mutuellement dans la salle de réveil.

Par ailleurs, les enfants et les petits-enfants constituent une ressource sociale vitale pour le couple. Une condition essentielle est qu'ils soient disponibles et disposés à prêter main-forte.

Collaboration interprofessionnelle

La collaboration interprofessionnelle au sein de l'hôpital de même qu'au moment de l'admission du patient puis de sa sortie se déroule idéalement. Plusieurs étapes clés ont favorisé cette bonne coopération :

- malgré la situation d'urgence prévalant au moment de l'hospitalisation et le temps limité à sa disposition, le médecin de famille prend soin de saisir le tableau clinique complexe du patient dans sa globalité et de transmettre les informations aux interlocuteurs et unités pertinents de l'hôpital ;
- les proches sont dès le début impliqués et considérés comme des partenaires ;
- avant l'opération, la chirurgienne prend soin de demander une évaluation gériatrique, à la suite de laquelle certains facteurs importants sont identifiés, dont les difficultés psychiques de Monsieur O. et le risque corrélatif d'état confusionnel aigu ;
- l'implication du psychogériatre permet une gestionnaire stationnaire optimale de l'état confusionnel aigu du patient. Monsieur O. est ainsi disposé à suivre, après sa réadaptation, une thérapie pour ses difficultés psychiques.

¹⁰ cf. Zentrum für Alterstraumatologie, Hôpital universitaire de Zurich : <http://www.geriatrie.usz.ch/fachwissen/seiten/gerontotraumatologie.aspx>



Obstacles et moments critiques

Le cas de Monsieur O. est un modèle de bon déroulement pour le traitement d'un patient très âgé et polymorbide. Les soins coordonnés auraient pu échouer à différents endroits :

- si le médecin de famille avait été absent au moment de l'événement aigu ;
- s'il n'existait pas de dossier (électronique) du patient contenant les principales informations de base ;
- si le médecin de garde ne connaissait pas le patient ou n'avait pas reçu les informations de base à son sujet (liste des médicaments et traitements en cours, indications sur les pathologies en présence, p. ex.) ;
- si les proches n'avaient pas été joignables ou n'avaient pas souhaité être impliqués ;
- si des besoins, essentiels pour le patient, avaient été négligés (y compris des besoins spirituels, notamment le souhait de voir un aumônier).

Le rôle spécifique de l'équipe de consultation en psychogériatrie

Le psychogériatre consulté dans le cas de Monsieur O. diagnostique notamment un cumul d'états de stress post-traumatique remontant à l'enfance du patient, qui a connu la guerre en Allemagne et l'exil. En Suisse, pays épargné par les conflits armés, on rencontre moins fréquemment ce type de circonstances que dans d'autres régions. Néanmoins, un grand nombre de personnes sont confrontées au cours de leur vie à des événements traumatisants particulièrement tragiques¹¹ : un accident grave, une catastrophe naturelle, un crime, un viol, la perte d'un enfant ou la disparition d'autres proches. Ces événements peuvent causer chez les personnes touchées un profond désespoir, qui peut être temporaire ou prolongé. Selon les experts, 40 % environ des personnes vivent des traumatismes au cours de leur existence en raison de circonstances isolées ou récurrentes.



¹¹ Christian Fazekas : Posttraumatische Belastungsstörung und psychische Betreuung. In : Der ältere Patient im klinischen Alltag. Ein Praxislehrbuch der Akutgeriatrie. Stuttgart 2017

CONCLUSIONS ET MESSAGE

Devant l'événement particulièrement grave que vivent Monsieur O. et son épouse, les professionnels de la santé impliqués et les proches gèrent la situation avec la plus grande précaution. Le colloque interdisciplinaire au sein de l'hôpital constitue un instrument clé pour planifier avec prudence le retour de Monsieur O. dans son environnement habituel. En principe, tous les groupes professionnels impliqués au sein de l'hôpital peuvent mettre sur pied une telle réunion. Le principe est le suivant : la première personne qui identifie un besoin en ce sens assume la responsabilité de la première étape. À cet égard, il est important qu'un représentant du domaine ambulatoire soit également présent. Dans le cas de Monsieur O., il s'agit du service local d'aide et de soins à domicile. Une autre organisation peut également endosser ce rôle (p.ex. Pro Senectute ou des entités similaires habilitées à effectuer des visites à domicile) de même que les proches, selon les circonstances.

L'exemple de Monsieur O. souligne également l'importance d'un accompagnement psychiatrique des personnes âgées. Les traumatismes, quelle que soit leur ancienneté, peuvent affecter durablement la **santé psychique** d'un patient, et leurs effets peuvent se manifester tardivement. L'état de stress post-traumatique n'est pas un phénomène marginal chez les personnes âgées. Il n'est souvent pas diagnostiqué ou (suffisamment) traité, bien qu'il puisse entraîner un stress et des limitations substantiels.

Les dépressions sont un phénomène encore plus important pour cette tranche d'âge. Plus de 7 % des personnes de plus de 75 ans, remplissent les critères d'une dépression majeure (tableau complet de l'épisode dépressif), qui n'est souvent identifiée que tardivement, voire passe totalement inaperçue¹². Lorsqu'elles ne sont pas traitées, les dépressions augmentent le risque de tendances suicidaires. Elles influencent le déroulement des pathologies somatiques, accélèrent l'évolution des démences et affectent la qualité de vie.

¹² Herwig Oberlechner : *Depressive Erkrankungen im Kontext Geriatrie. In : Der ältere Patient im klinischen Alltag. Ein Praxislehrbuch der Akutgeriatrie. Stuttgart 2017*



Liste succincte des événements

Madame O., 84 ans, veuve, deux filles, un fils atteint d'un handicap angoissée, recluse

troubles de la vision
déambulateur
chute

service social de l'hôpital
évaluation gériatrique

À la maison

troubles chroniques du sommeil
ostéoporose
obésité
diabète

Hôpital

fracture du col du fémur
opération
fragile, désorientée
infection
adaptation de la médication

Centre gériatrique

réadaptation
plusieurs échanges entre les acteurs
service social : coordination et planification du remplacement

cancer du sein
il y a 30 ans



Madame O., 84 ans

angoissée, troubles chroniques du sommeil, ostéoporose, obésité, diabète, troubles de la vision déambulateur

deux filles,
un fils atteint d'un handicap
aumônier

fracture du
col du fémur



opération
fragile, désorientée
infection
mobilisation hors du lit,
situation s'améliore

transfert vers le
centre gériatrique



évaluation gériatrique:
coordination
et planification du
remplacement

service social :
coordination interne
et externe (proches, réseau
ambulatoire)



4

La personne migrante

Madame F. est une patiente de 84 ans, veuve depuis deux ans. Elle vit seule dans une petite maison en banlieue. Elle a deux filles, qui exercent une activité professionnelle et habitent dans la même localité que leur mère. Madame F. a également un fils atteint d'un handicap, qui vit dans un établissement spécialisé. Jusqu'à présent, il passait tous les week-ends chez sa mère. D'origine italienne, Madame F. a encore des difficultés à se faire comprendre en allemand et s'en remet à ses filles pour toutes les démarches avec l'extérieur. Bénéficiaire d'une rente modeste, c'est grâce à son loyer bas que Madame F. s'en sort, mais à peine. Malgré des problèmes de santé sévères, elle n'a pas demandé d'aide autre que celle de ses filles, qui l'épaulent régulièrement. Depuis le décès de son époux, Madame F. n'a presque plus de contact social en dehors du cercle familial. L'aumônier de la mission catholique italienne, qui est resté une personne de confiance importante, lui rend ponctuellement visite. Madame F. entretient par ailleurs des relations tendues avec le personnel soignant de l'établissement spécialisé de son fils.



Histoire de la patiente

Pour cette patiente, l'événement décisif a été un cancer du sein dont elle a souffert il y a 30 ans. Elle s'en est jusqu'ici bien remise, mais la maladie a laissé des « traces ». D'une part, Madame F. présente depuis lors une anxiété accrue et des troubles chroniques du sommeil, qui ont entraîné une prise de benzodiazépine sur plusieurs années. D'autre part, la patiente est atteinte d'une ostéoporose sévère. En raison des douleurs et d'une obésité qui entrave également ses mouvements, elle utilise un déambulateur. Elle souffre en outre d'un diabète insulino-dépendant, qui a causé de graves troubles de la vue. Ces derniers compliquent les actes du quotidien (préparation des repas, manipulation et prise des médicaments, etc.) et accentuent le sentiment de déprime de Madame F. S'occuper de son fils durant les week-ends lui apporte – surtout depuis le décès de son mari – un soutien et une raison de vivre, mais engendre également une responsa-

bilité et un stress supplémentaires. La question de savoir qui pourra prendre soin de son fils à l'avenir est pour elle une source de préoccupation majeure. Le médecin de famille et les filles de Madame F. ont à plusieurs reprises évoqué la possibilité de recourir au service d'aide et de soins à domicile ou à d'autres offres de soutien. Madame F. refuse cependant ces solutions : elle ne veut pas « d'étrangers » chez elle. La patiente craint en outre les coûts de telles aides. Ses filles se chargent des courses et des travaux ménagers. De peur qu'un incident se produise, elles ont entre-temps pris l'habitude de passer deux fois par jour chez leur mère.

Un soir, trois semaines auparavant, Madame F. fait une grave chute alors qu'elle voulait se rendre dans sa chambre au premier étage. Sa fille la retrouve le lendemain matin, allongée sur le sol et blessée. Elle appelle les secours. À l'hôpital, les médecins diagnostiquent une fracture du col du fémur. Madame F. est opérée. Elle n'a aucun souvenir de la chute. Après l'opération, au réveil et durant les dix jours qui suivent, Madame F. présente un état d'agitation qui inquiète son entourage : physiquement très fragile, elle garde le lit et est à tous égards désorientée (confuse). Lorsqu'elle est éveillée, elle exprime avec insistance son souhait de quitter l'hôpital ; elle se montre hostile envers ses proches et le personnel de l'établissement ; elle manque de lucidité quant à son état de santé. Elle réclame souvent son époux décédé et son fils. Elle dit vouloir mourir. Les filles sont désemparées. Le fils s'inquiète pour sa mère et regrette de ne plus pouvoir rentrer chez lui durant les week-ends. Après la guérison d'une infection ultérieurement contractée par Madame F., l'adaptation de la médication prescrite (contre le diabète, les douleurs, l'état confusionnel aigu et les troubles du sommeil) et la mobilisation de la patiente hors du lit, la situation s'améliore progressivement.

Le personnel de l'hôpital discute régulièrement du cas de cette patiente lors du colloque interdisciplinaire. Plusieurs entretiens ont lieu avec la patiente, seule ou en présence des proches. L'assistante sociale du service social de l'hôpital intervient dès le début de l'hospitalisation. Elle conseille les proches : d'abord lors de la phase aiguë des difficultés, puis pour la planification de la sortie de l'hôpital et le transfert de la patiente. Une évaluation gériatrique interdisciplinaire est effectuée, et les symptômes dépressifs de Madame F., ses angoisses, ses inquiétudes et son deuil sont notamment examinés. Le transfert, en vue de



la réadaptation, vers le centre gériatrique situé à proximité peut alors être organisé.

Les problèmes, restés longtemps en sourdine chez Madame F., sont devenus manifestes suite à l'« événement déclencheur » (rhabdomyolyse et hospitalisation). Durant la réadaptation gériatrique, les échanges entre la patiente, les professionnels de la santé et les proches sont soutenus. Lors des colloques, ils évoquent la future prise en charge de la patiente. L'assistante sociale assume la responsabilité de la coordination interne (milieu stationnaire) et externe (domaine ambulatoire, proches).

ANALYSE

Aspects somatiques et psychiques

Madame F. souffre de plusieurs maladies et difficultés, qui pèsent lourdement sur son quotidien de veuve solitaire ayant la charge d'un fils adulte atteint d'un handicap : diabète, obésité, ostéoporose, abus de médicaments et troubles de la vue. À ces problématiques vient s'ajouter l'anxiété. Après son accident et l'intervention chirurgicale, sa santé physique se détériore de manière préoccupante (cf. à cet égard, l'exemple de Monsieur O.). Elle souffre d'un état confusionnel aigu et contracte une infection. Son état général est – à tous égards – des plus fragiles.

Dans un premier temps, il n'est pas certain qu'une stabilisation et une amélioration soient possibles ; le décès de la patiente n'est pas exclu. Au moment de l'hospitalisation, la situation de Madame F. s'aggrave également sur les plans cognitif et psychique. Se pose alors notamment la question cruciale de savoir si cet état confusionnel aigu est temporaire ou s'il s'agit des premiers signes d'une démence.

Aspects sociaux

Madame F. vit seule dans une petite maison. En raison de ses connaissances lacunaires d'allemand, cette patiente d'origine italienne ne s'est jamais vraiment totalement « installée » en Suisse. Depuis le décès de son époux, elle mène une existence très isolée. Les visites de l'aumônier italo-phonique ne permettent pas de combler sa **solitude**. Indépendamment d'un éventuel **contexte migratoire**, cette solitude est très répandue. Dans les pays européens riches comme la Suisse, la grande majorité des personnes (très) âgées vivent dans un ménage restreint d'un à deux individus¹³. Seule une minorité vit dans des ménages plus importants et plurigénérationnels, notamment avec des

enfants. Madame F. vit, elle, relativement proche de ses enfants adultes, puisque les filles habitent dans la même commune et que le fils, atteint d'un handicap, passe les week-ends avec elle. Mis à part ces liens familiaux étroits, la patiente n'entretient presque aucun contact social.

Or, le cadre particulier de Madame F. est brutalement remis en question au moment de son hospitalisation. Durant la phase de réadaptation, un transfert vers un appartement pour personnes âgées ou – selon la progression de son état physique – vers un EMS se profile comme une solution envisageable. Un retour à la maison, dans un environnement familial, est par ailleurs également possible.

Collaboration interprofessionnelle

L'accident, avec une rhabdomyolyse, et l'hospitalisation constituent pour Madame F. deux événements graves, qui perturbent violemment son équilibre. C'est néanmoins aussi l'occasion de dresser un bilan interdisciplinaire aussi bien de la situation de Madame F. que des préoccupations de ses proches, puis de mettre en place les mesures adéquates. Si l'état de santé de Madame F. s'améliorait au point qu'elle puisse rentrer chez elle, elle aura impérativement besoin d'aide. Il existe plusieurs possibilités :

- le service d'aide et de soins à domicile (prise en charge, médicaments), l'aide au ménage et le service de repas à domicile ;
- le conseil aux personnes malvoyantes (moyens auxiliaires, demande d'allocation pour impotents, logement adapté aux personnes atteintes d'un handicap) ;
- les prestations de Pro Senectute ou d'un organisme similaire (mandat pour cause d'inaptitude, **directives anticipées du patient**, testament, conseil sur la gestion des finances, vérification du droit à des prestations complémentaires et service fiduciaire) ;
- une prise de contact avec le personnel soignant du fils atteint d'un handicap (sous réserve de l'accord des proches) ;
- la désignation d'un représentant pour le fils. Il peut s'agir d'un membre de la famille ou d'un autre curateur. En cas de besoin, il est possible de s'adresser à l'autorité de protection de l'enfant et de l'adulte.

Obstacles et moments critiques

L'hospitalisation de Madame F. est l'occasion de régler en un seul processus un grand nombre de problèmes qui se sont accumulés au fil des années. Or, pour les profession-

¹³ François Höpflinger : *Wohnformen im höheren Lebensalter*. In : *Der ältere Patient im klinischen Alltag*. Ein Praxislehrbuch der Akutgeriatrie. Stuttgart 2017

nels de la santé, l'accompagnement des patients et de leurs proches lors de ces phases délicates de transition (comme c'est le cas dans le présent exemple) est une tâche particulièrement exigeante. Sa réussite constitue l'exception plutôt que la règle. Plusieurs obstacles peuvent en effet se présenter :

- dans le milieu hospitalier, les structures de communication et de collaboration impliquant immédiatement toutes les disciplines ne sont pas suffisamment établies ;
- dans le milieu hospitalier, le savoir spécifique et la sensibilisation aux thématiques de la gériatrie, de la psychogériatrie et des soins palliatifs sont lacunaires. Il existe également des manquements au niveau de l'approche ou de la planification prévisionnelle ;
- dans le domaine ambulatoire (et en partie dans le milieu hospitalier), il n'y a souvent pas de soins coordonnés anticipés, en particulier lorsque le patient refuse toute aide et que les proches ne la sollicitent pas.

Dans l'exemple de Madame F., la capacité de discernement limitée de la patiente constitue un autre point charnière. On entend par là la capacité à comprendre les informations relatives à une décision à venir, à évaluer la situation ainsi que les conséquences découlant des divers scénarios alternatifs. Il s'agit également de la capacité à exprimer ses propres choix. Pour les personnes extérieures, il est souvent difficile de déterminer si un patient est capable de réaliser ces tâches cognitives complexes.

Le rôle spécifique du service social / travail social

Dans le présent exemple, le service social de l'hôpital est mis à contribution très peu de temps après l'admission de la patiente. L'initiative de cette implication peut provenir d'un grand nombre d'acteurs différents au sein d'une équipe interdisciplinaire : le physiothérapeute, l'aumônier ou un soignant par exemple. Il faut néanmoins que l'hôpital dispose d'une approche interdisciplinaire bien établie et d'une culture de l'interprofessionnalité.



Le service social peut apporter une précieuse contribution pour répondre aux questions des patients et des proches, régler des problématiques en suspens et engager un transition sans encombre vers le domaine ambulatoire. L'intervention du service social peut prendre différentes formes, notamment celles d'entretiens individuels, de discussions

avec la famille, d'activités de conseil (notamment concernant les assurances et les thématiques financières) ou d'une **gestion de cas** globale. Les soins coordonnés dépendent beaucoup du travail de mise en relation effectué par le service social avec les partenaires tels que les cliniques de réadaptation ou les maisons de retraite. Ce travail permet de mettre en réseau l'entourage du patient et d'activer les ressources correspondantes.

CONCLUSIONS ET MESSAGE

La **planification anticipée des soins** compte parmi les outils permettant de mieux structurer les phases difficiles et les périodes de transition ¹⁴. Il s'agit d'un processus continu au cours duquel le patient, sa famille et les professionnels de la santé réfléchissent aux objectifs du patient, aux divers comportements et points de vue ainsi qu'aux traitements possibles. La planification anticipée des soins doit garantir que les personnes concernées reçoivent un accompagnement médical à la fois conforme à leurs souhaits et en adéquation avec leurs valeurs et leurs convictions.

Les échanges réguliers avec l'équipe de soins et les entretiens rapidement proposés aux proches (sans la patiente et, dès que les circonstances le permettent, avec cette dernière) permettent de rassurer l'entourage, qui sait désormais qu'il n'aura pas la charge d'organiser la suite des événements. Différents groupes professionnels doivent expliquer à plusieurs reprises les symptômes aigus aux proches (notamment l'état confusionnel aigu). Chaque profession doit pouvoir se faire sa propre idée du patient. Les entretiens en ce sens doivent se dérouler dans un environnement serein ; le cas échéant, des visites peuvent être organisées à différents moments de la journée afin d'évaluer les éventuels changements et l'évolution de la situation.

Au final, ce sont les vues de tous les professionnels impliqués et des proches qui permettent d'aboutir à une évaluation réaliste de la situation et de définir la suite du processus. Le médecin de famille, le service d'aide et de soins à domicile ainsi que les autres équipes doivent être mis à contribution avant que la patiente ne quitte l'hôpital. Idéalement, un responsable de la coordination doit être désigné.

¹⁴ Michael Rogenmoser : *Advance Care Planning (ACP) und der Notfallplan (NOPA) : Symposium de la Ville de Zurich sur les soins palliatifs, 19 février 2015*

La prise en charge en sept étapes

Objectifs du traitement de patients en gériatrie

Daniel Grob, gériatre et ancien médecin-chef de la clinique universitaire de gériatrie aigüe de l'Hôpital de Waid (Zurich) a créé un modèle relatif aux « objectifs de traitement pour les patients en gériatrie ». Il entend ainsi simplifier les prises de décision dans la pratique clinique¹⁵. Selon lui, l'optimisation des traitements requiert la mise en place de processus structurés, notamment au moyen de directives et de listes de contrôle. Cette rigueur est d'autant plus importante que l'offre de prestations médicales est de plus en plus fragmentée : « Là où, en milieu hospitalier comme dans les centres de soins, on avait autrefois à faire – souvent pour une durée prolongée – aux mêmes personnes de référence (le médecin responsable et les infirmiers), on est aujourd'hui confronté à une équipe interdisciplinaire dont la composition peut varier d'une semaine à l'autre. »¹⁶, explique l'ancien médecin-chef. Conséquence : la responsabilité du suivi n'est pas clairement établie.

Des accès structurés sont cruciaux, car ils permettent aux professionnels de la santé d'unir véritablement leurs forces pour fournir aux patients très âgés un traitement autant que possible adapté à leurs besoins. Pour le succès d'une telle démarche, Daniel Grob propose un « modèle conceptuel en sept étapes ».

Étape 1 : établir un diagnostic différentiel, c'est-à-dire identifier le problème majeur ainsi que les principales maladies (ou comorbidités). Faire le point sur les ressources existantes. Dans l'idéal, utiliser pour ce faire une évaluation gériatrique pluridimensionnelle. Si cette option n'est pas envisageable, impliquer impérativement l'équipe de consultation en gériatrie.

Étape 2 : identifier et consigner les principaux souhaits et préférences du patient. Où en est ce dernier, et que souhaite-t-il ? Qu'attend-il (encore) de la vie ? Quelles sont ses priorités : guérir et vivre plus longtemps, ou maintenir sa qualité de vie ?

Étape 3 : fixer les objectifs prioritaires de la prise en charge. Pour les patients ne disposant plus de leur capacité de discernement, tenir compte des informations figurant dans les directives anticipées du patient ou s'adres-

ser aux proches (ou au représentant thérapeutique).

Étape 4 : évaluer l'espérance de vie du patient. C'est une tâche difficile, qui exige de tenir compte non seulement de données statistiques, mais aussi, dans une large mesure, de paramètres fonctionnels (rythme de marche), du style de vie ou des pathologies en présence.

Étape 5 : déterminer quelles sont les interventions possibles eu égard au problème majeur (cf. étape 1). Clarifier l'urgence de l'indication, les solutions alternatives, les taux de complication et les données de résultats.

Étape 6 : mettre au point un plan de prise en charge ; tenir compte des souhaits du patient, de son espérance de vie et du rapport utilité-risque.

Étape 7 : discuter du plan de prise en charge avec le patient. Si la personne n'a plus sa capacité de discernement, discuter du plan de prise en charge et le valider avec les proches, conformément au droit relatif à la protection de l'adulte. Il revient en dernier lieu au patient (ou au représentant thérapeutique) ou, le cas échéant, aux proches de décider du plan de prise en charge.

L'élaboration de ce plan pour des patients en gériatrie est un processus nécessitant beaucoup de temps et un échange intense d'informations. Pour autant, il est essentiel que les médecins, les professionnels de la santé et les autres groupes professionnels concernés ne fassent pas l'impasse sur cette étape.

¹⁵ Daniel Grob : Multimorbidität und Priorisierung von Behandlungszielen. In : Der ältere Patient im klinischen Alltag. Ein Praxislehrbuch der Akutgeriatrie. Stuttgart 2017

¹⁶ Daniel Grob : Aktuelle Herausforderungen in der Spitalbehandlung hochaltriger Menschen – eine Praxis-Sicht. In : Therapeutische Umschau (2017), 74(2), 61-66

Index des mots-clés

Addiction

Les dépendances à la nicotine et à l'alcool sont des facteurs particulièrement aggravants chez les personnes âgées. Le tabagisme complique les pathologies, telles que troubles cardio-vasculaires ou affections respiratoires. Concernant la dépendance à l'alcool, les risques sont liés aux interactions négatives avec les médicaments. ¹ Pour davantage d'informations : <https://www.alterundsucht.ch/fr> (« Addictions et vieillissement »)

Anamnèse sociale

Recueil de renseignements systématique sur les circonstances de vie d'un patient (p. ex., réseau de soutien, situation financière, logement). Dans le contexte hospitalier, ces renseignements sont essentiels, car il n'est pas rare que les préparatifs pour la sortie de l'hôpital débutent déjà au moment de l'admission du patient. Bon nombre de personnes hospitalisées ne bénéficient pas d'une prise en charge sociale suffisante, ne sont pas au fait des aides financières ou personnelles à leur disposition et n'ont souvent pas chez elles les moyens auxiliaires nécessaires, ou seulement de manière incomplète. ² Le séjour à l'hôpital peut être l'occasion de mettre en place des mesures de soutien.

Anévrisme

Dilatation pathologique circonscrite de la paroi d'un vaisseau (le plus souvent artériel, plus rarement veineux) ou du cœur. ³

Chutes

Les chutes avec fractures osseuses sont fréquentes chez les patients très âgés. Parmi les principales causes, on peut citer les faiblesses musculaires liées à l'âge, les troubles de la marche et de l'équilibre, les déficits cognitifs ou la peur de tomber. Les chutes peuvent également être dues à des facteurs externes, tels un éclairage insuffisant au domicile du patient, des irrégularités sur la chaussée ou un faux pas dans une cage d'escalier. ⁴

Colloque de famille

Séance de bilan entre le patient, les proches et les professionnels de la santé. Ce terme est également utilisé comme synonyme de → colloque de réseau.

Colloque de réseau

Ce type de séance réunit le patient, ses proches et les membres des équipes interdisciplinaires de prise en charge. Elles permettent de faire un point de situation et de discuter de la suite des événements. En milieu stationnaire, elles sont généralement organisées par le service social ou par une personne en charge de la coordination des patients ; dans le domaine ambulatoire, l'initiative vient souvent du médecin de famille ou du service d'aide et de soins à domicile. Ces séances sont indispensables lorsqu'un patient en situation de soins palliatifs souhaite rentrer chez lui après sa sortie de l'hôpital. ⁵

Contexte migratoire

Le nombre de migrants âgés en Suisse augmente de plus en plus, et leur situation individuelle varie. Dans l'ensemble, leur situation matérielle est moins bonne que celle des Suisses du même

âge, ils courent un plus grand risque de devenir pauvres et sont en moins bonne santé. ⁶ L'OFSP a publié en 2015, à l'intention des professionnels de la santé, une check-list pour un accompagnement des personnes migrantes adapté à leurs besoins : [Check-list en matière de soins palliatifs adaptée à la sensibilité des populations migrantes](#).

Crise de panique

Période d'angoisse ou d'inquiétude intense à la fois subite et limitée dans le temps. Elle s'accompagne souvent d'une sensation d'essoufflement, de palpitations, d'une transpiration abondante et d'une impression de catastrophe imminente. Elle peut être l'expression symptomatique de phobies, d'un état de stress (→ état de stress post-traumatique) ou d'autres pathologies psychiatriques. ⁷

Dédain fonctionnel

Cette notion est liée à la capacité d'une personne à accomplir de manière autonome les activités du quotidien : s'occuper de ses soins corporels, s'habiller, préparer et prendre les repas ou encore se déplacer à l'intérieur et à l'extérieur de la maison. L'effondrement fonctionnel signifie la perte de ces aptitudes. ⁸

Démence / évolution de la démence

Altération de fonctions cognitives qui se manifeste à la suite d'une maladie cérébrale. L'évolution de la démence est insidieuse et n'est souvent remarquée ni par les personnes concernées ni par leurs proches, notamment parce que les oublis sont souvent considérés comme normaux chez les personnes âgées. ⁹ Le risque de développer une démence augmente avec l'âge. Pour davantage d'informations : Alzheimer Suisse www.alz.ch.

Dénutrition

→ Malnutrition

Dépendance aux benzodiazépines

→ Médication → Addiction

Dépression

Trouble psychique qui se traduit par un sentiment de déprime, une perte d'intérêt, un manque d'énergie et une diminution des performances. ¹⁰ Les facteurs principaux influençant sa survenue sont aussi bien somatiques (douleurs, p. ex.) que psychosociaux (solitude, peurs concernant l'avenir). Les médicaments (bêta-bloquants, benzodiazépines ou antiparkinsoniens) peuvent aussi favoriser l'apparition de la dépression. La fréquence de la dépression chez les personnes âgées est trois à quatre fois plus élevée que dans l'ensemble de la population. ¹¹ Les patients polymorbides dépressifs sont hospitalisés beaucoup plus souvent que les patients polymorbides non dépressifs. ¹²

Déshydratation

La sensation de soif diminue avec l'âge. Chez les patients gériatriques, il est souvent difficile d'atteindre une hydratation suffisante. Un apport minimum de liquide de 1,5 litre par jour est recommandé. ¹³

⁶ Commission fédérale pour les questions de migration CFM et Forum national « Age et migration » (2012) : « Alors nous sommes restés... ». Les migrantes et les migrants âgés en Suisse

⁷ Psyhyrembel-online : www.psyhyrembel.de (page consultée le 24 octobre 2017)

⁸ Schipping W (2017) : Was ist ein guter Arzt für ältere Menschen ? In : Pinter G, Likar R, Kada O et al. (2017) : Der ältere Patient im klinischen Alltag. Ein Praxislehrbuch der Akutgeriatrie. Kohlhammer : Stuttgart

⁹ Alzheimer Suisse (2017) : Alzheimer et autres démences : <http://www.alz.ch/index.php/alzheimer-et-autres-demences.html>

¹⁰ Psyhyrembel-online : www.psyhyrembel.de (page consultée le 24 octobre 2017)

¹¹ Stoiser E (2017) : Geriatrische Komplexbehandlung anhand eines Fallbeispiels. In : Pinter G, Likar R, Kada O et al. (2017) : Der ältere Patient im klinischen Alltag. Ein Praxislehrbuch der Akutgeriatrie. Kohlhammer : Stuttgart

¹² Bock J, Luppa M, Bretschneider C et al. (2014) : Impact of depression on health care utilization and costs among multimorbid patients from the MultiCare Cohort Study

¹³ Société suisse de nutrition : <http://www.sge-ssn.ch/fr/> (page consultée le 24 octobre 2017)

Désorientation

Perte temporaire et rapide de la notion du temps, de l'espace, de la situation ou de soi-même. La désorientation est un symptôme typique de → l'état confusionnel aigu. ¹⁴

Diabète sucré (diabète mellitus)

Terme générique pour une maladie métabolique qui désigne le diabète insulinoindépendant (diabète de type 1) ou le diabète non insulinoindépendant (diabète de type 2). ¹⁵

Directives anticipées du patient

Les directives anticipées permettent à une personne de déterminer quels traitements médicaux et quels soins elle aimerait recevoir ou non dans le cas où elle ne serait plus capable d'exprimer ses propres souhaits et besoins. Les directives anticipées aident les médecins à prendre des décisions dans les situations difficiles, ainsi que les proches qui n'ont plus à se débattre avec la question de savoir ce que la personne aurait voulu. Le patient peut également désigner dans ses directives anticipées un représentant thérapeutique qui pourra décider des mesures médicales dans le cas où elle deviendrait incapable de discernement. ¹⁶

Douleurs

Outre les douleurs aiguës, les douleurs chroniques sont particulièrement fréquentes chez les personnes très âgées. Près de la moitié des patients vivant chez eux et 80 % des personnes vivant dans un établissement médico-social souffrent de douleurs quotidiennes, qui affectent leur qualité de vie. ¹⁷

Ergothérapeute

Professionnel de la santé qui soutient et guide les patients dans l'apprentissage ou le réapprentissage de fonctions du quotidien. Pour davantage d'informations : dossier thématique dans CURA-VIVA Suisse (éd) (2015) : « Rester maître de son quotidien. L'ergothérapie avec les personnes âgées »

Équipe de consultation en psychogériatrie (ou service de psychiatrie de liaison)

Soutient et conseille les institutions et les prestataires de services dans le traitement et l'accompagnement des personnes atteintes de troubles psychiatriques. L'équipe de consultation en psychogériatrie est composée de professionnels en psychogériatrie expérimentés. Leur rôle consiste à analyser et à traiter les troubles psychogériatriques (dépressions, troubles anxieux, addiction à des substances, troubles cognitifs ou démence notamment) et à donner des conseils.

État confusionnel aigu (délirium)

État confusionnel aigu d'origine organique (psychose) qui se manifeste notamment par de la désorientation, des hallucinations, des états d'anxiété, de l'amnésie ou des troubles du rythme cardiaque. L'état confusionnel aigu se caractérise par un commencement soudain et une évolution fluctuante. On le rencontre chez 30 à 50 % de l'ensemble des patients gériatriques atteints d'une pathologie aiguë. ¹⁸ Il peut être dû à des infections graves, une malnutrition, une déshydratation, des médicaments ou l'immobilité. Souvent, l'état confusionnel aigu n'est pas identifié dans la pratique ou est diagnostiqué de façon erronée comme une → démence ou → une dépression. ¹⁹

¹⁴ Frühwald T (2017) : Delirium – ein häufiges geriatrisches Syndrom, eine interdisziplinäre Herausforderung. In : Pinter G, Likar R, Kada O et al. (2017) : Der ältere Patient im klinischen Alltag. Ein Praxislehrbuch der Akutgeriatrie. Kohlhammer : Stuttgart

¹⁵ Doccheck Flexikon : <http://flexikon.doccheck.com/> (page consultée le 14 octobre 2017)

¹⁶ CURA-VIVA Suisse et OFSP (2013) : Accompagner jusqu'au bout de la vie Regards sur les soins palliatifs en EMS

¹⁷ Likar R, Neuwesch S et al. (2017) : Schmerz im Alter. In : Pinter G, Likar R, Kada O et al. (2017) : Der ältere Patient im klinischen Alltag. Ein Praxislehrbuch der Akutgeriatrie. Kohlhammer : Stuttgart

¹⁸ Psyhyrembel-online : www.psyhyrembel.de (page consultée le 24 octobre 2017)

¹⁹ Pretto M, Hasemann W. (2006) : Delirium – Ursachen, Symptome, Risikofaktoren, Erkennung und Behandlung

État de stress post-traumatique (ESPT)

Cet état est la conséquence d'un traumatisme provoqué par un événement extrêmement pénible, qui peut être de courte ou de longue durée. ²⁰ En cas de suspicion d'ESPT chez un patient gériatrique, il faut impérativement faire appel au service de psychogériatrie.

État dissociatif

Dissociation complète ou partielle de la conscience, de la mémoire et de l'identité (fonctions psychiques), des sentiments et des sensations corporelles (douleur, faim, soif, peur) et de la perception de sa propre personne ou de l'environnement. La dissociation est un symptôme de conflits intrapsychiques sévères et de troubles neurologiques et psychiatriques (comme l'état de stress post-traumatique / ESPT). ²¹

Évaluation gériatrique

Cette analyse est effectuée pour évaluer, sous différents angles, l'état d'un patient gériatrique. Elle s'intéresse à la fonction musculaire, à la santé osseuse, à la marche et à l'équilibre, aux fonctions cognitives, au fonctionnement de la vie quotidienne, à l'alimentation, aux douleurs, aux difficultés physiques, à la prise de médicaments (effets secondaires, interactions), à l'état de santé général, au réseau social et à la qualité de vie. ²²

Fracture du col du fémur

Les fractures osseuses (interruption de la continuité d'un os) dans la région des hanches comptent parmi les syndromes gériatriques typiques. Elles touchent les femmes plus que les hommes et sont souvent dues à → l'ostéoporose. ²³

Fumer

→ Addiction

Gestion ou gestionnaire de cas (case management)

Procédé spécifique permettant de gérer de manière coordonnée des problématiques complexes relevant de l'action sociale, de la santé et des assurances. L'objectif de la gestion de cas est de soutenir, accompagner, soigner et encourager les personnes en tenant compte de leurs besoins individuels. La participation du patient est primordiale. Le gestionnaire de cas constitue le lien entre le patient (le client), l'entourage social (les proches, p. ex.), les professionnels de la santé, les acteurs supportant les coûts et la communauté dans son ensemble. ²⁴ Dans un hôpital, la gestion de cas est souvent assumée par des assistantes sociales (service social) ou parfois des infirmiers ayant suivi une formation correspondante. Pour davantage d'informations : www.netzwerk-cm.ch/page/documents-francais

Incontinence

Émission involontaire d'urines ou de matières fécales. L'incontinence fait partie des syndromes gériatriques usuels. On considère à tort qu'elle ne peut être soignée. Il est tout à fait possible de soulager les symptômes et d'améliorer l'état du patient. ²⁵

Infections

Les personnes (très) âgées atteintes de maladies chroniques ont davantage de risques de contracter des infections. Parmi celles-ci, on compte non

²⁰ Doccheck Flexikon : <http://flexikon.doccheck.com/> (page consultée le 14 octobre 2017)

²¹ Psyhyrembel-online : www.psyhyrembel.de (page consultée le 24 octobre 2017)

²² Universitätsspital Zürich, Klinik für Geriatrie : Geriatriches Assessment : <http://www.geriatrie.usz.ch/fachwissen/seiten/geriatriches-assessment.aspx> (page consultée le 24 octobre 2017)

²³ Müller E J (2017) : Hüftnahe Oberschenkelfrakturen. In : Pinter G, Likar R, Kada O et al. (2017) : Der ältere Patient im klinischen Alltag. Ein Praxislehrbuch der Akutgeriatrie. Kohlhammer : Stuttgart

²⁴ Netzwerk Case Management Schweiz : www.netzwerk-cm.ch (page consultée le 26 octobre 2017)

²⁵ Pinter G (2017) : Anamnese und klinische Untersuchung beim geriatrischen Patienten. In : Pinter G, Likar R, Kada O et al. (2017) : Der ältere Patient im klinischen Alltag. Ein Praxislehrbuch der Akutgeriatrie. Kohlhammer : Stuttgart

¹ OFSP (2015) : Soins coordonnés prodigués aux personnes (très) âgées et polymorbides dans les interfaces du contexte hospitalier. Analyse de la situation et besoins

² Pinter G (2017) : Anamnese und klinische Untersuchung beim geriatrischen Patienten. In : Pinter G, Likar R, Kada O et al. (2017) : Der ältere Patient im klinischen Alltag. Ein Praxislehrbuch der Akutgeriatrie. Kohlhammer : Stuttgart

³ Psyhyrembel-online : www.psyhyrembel.de (page consultée le 24 octobre 2017)

⁴ Bridenbaugh S A (2017) : Sturz im Alter. In : Pinter G, Likar R, Kada O et al. (2017) : Der ältere Patient im klinischen Alltag. Ein Praxislehrbuch der Akutgeriatrie. Kohlhammer : Stuttgart

⁵ Kantonsspital Winterthur, Arbeitsgruppe Schnittstellen – Mobiles Palliative Care Team (MPCT) Spitalregion Winterthur (2009) : Merkblatt Runder Tisch Spitalaustritt mit Spitex und MPCT

seulement la grippe (influenza), mais aussi des infections nosocomiales, c'est-à-dire des infections contractées lors d'un séjour à l'hôpital ou dans un établissement médico-social. Avec l'âge, les complications apparaissent plus souvent, notamment lors d'infections à pneumocoques.²⁶

Italien

→ Contexte migratoire

Malnutrition

Déséquilibre alimentaire dû à un apport insuffisant en aliments ou à une modification de la prise alimentaire à la suite d'une maladie. La malnutrition entraîne un état de faiblesse et une vulnérabilité aux infections.²⁷ Les carences alimentaires sont fréquentes chez les patients (très) âgés. Plus les personnes sont âgées et dépendantes d'une aide extérieure, plus elles sont touchées. Ces carences affaiblissent l'organisme et augmentent le taux de morbidité et de mortalité. Dans la pratique, les personnes concernées sont rarement diagnostiquées et soignées.²⁸ La Société Suisse de Nutrition (SSN) a élaboré une fiche d'information à ce sujet : [L'alimentation de la personne âgée \(2011\)](#).

Médication

De nombreuses personnes très âgées et polymorbides suivent un traitement médicamenteux complexe. Cette complexité peut entraîner des erreurs de traitement dangereuses. Souvent, les prescriptions de l'hôpital et celles du domaine ambulatoire diffèrent. Les patients prennent des médicaments qui ne leur ont pas été prescrits ou ils ne s'en tiennent pas aux modalités d'administration et aux doses indiquées. Il arrive également que les patients ne prennent pas la médication pourtant prescrite. Une mauvaise posologie peut augmenter les risques pour la santé (→ état confusionnel aigu, → chutes) ainsi que le risque d'hospitalisation et d'admission aux urgences.²⁹

Mobilité / mobilisation

Le rythme de marche est un indicateur important de la mobilité d'un individu. Une personne âgée en bonne santé parcourt au moins un mètre par seconde. Une personne se déplaçant plus lentement est davantage exposée au risque de chute et d'invalidité.³⁰

Obésité

L'obésité se définit par un indice de masse corporelle supérieur à 30 (kg/m²). Chez les patients gériatriques, si elle est accompagnée d'une diminution de la masse musculaire (sarcopénie), elle se traduit surtout par des déficits fonctionnels.³¹

Ostéoporose

Maladie du squelette qui touche plus de la moitié des femmes et des hommes après 80 ans. Un examen de la santé osseuse est recommandé pour tous les patients gériatriques. Il fait partie de → l'évaluation gériatrique.³²

Perte de poids

→ Dénutrition

Planification anticipée des soins

Processus suivi, structuré et continu de définition et de documentation des souhaits de traitement individuels auquel participent la personne concernée, ses proches ainsi que des professionnels de la santé. Les souhaits portent la plupart du temps sur des tableaux cliniques ou des situations concrètes et décrivent ainsi plus particulièrement la manière d'aborder d'éventuelles complications liées à la maladie (p. ex., la procédure à suivre en cas de nouvelle complication / crise chez une personne atteinte d'une insuffisance cardiaque avancée). La planification anticipée des soins concerne donc des événements futurs.³³

Psychogériatre ou psychiatre de la personne âgée

Psychiatre spécialisé en gériatrie. Traite les troubles psychiques chez les personnes âgées.³⁴

Réseau ambulatoire de prise en charge ou de soutien

Réseau composé de professionnels de la santé et d'autres intervenants (bénévoles, proches, amis, etc.) qui assurent ensemble l'accompagnement à domicile (de manière ambulatoire). Quand il est bien établi, le colloque peut contribuer à permettre aux personnes concernées de vivre plus longtemps dans leur environnement familial.

Santé psychique / état psychique

Synthèse des résultats d'un examen psychologique ou psychiatrique systématique.³⁵

Service d'aide et de soins à domicile

En Suisse, les personnes (très) âgées vivent majoritairement chez elles : parmi les seniors de 80 à 84 ans, cette proportion est encore de 90 % environ. Après 80 ans, trois personnes sur dix environ recourent aux prestations extrahospitalières du service d'aide et de soins à domicile. Pour éviter une hospitalisation, la disponibilité de ces professionnels est essentielle.³⁶

Service de gériatrie

Cette unité s'occupe de la prise en charge médicale des patients gériatriques au sein d'un hôpital, d'une région sanitaire ou de toute autre unité organisationnelle. Pour davantage d'informations : Société professionnelle suisse de gériatrie <http://www.sfgg.ch/pages/fr/home-page.php>.

Service d'urgence

Les personnes de 86 ans et plus sont celles qui sollicitent le plus souvent les services d'urgence.³⁷ Les professionnels de la santé travaillant dans ces services sont de plus en plus confrontés à des personnes très âgées au tableau clinique complexe. Il s'agit majoritairement de patients polymorbides, ce qui complique le diagnostic dans un cadre de médecine d'urgence (contrainte de temps).³⁸

Soins coordonnés

Ensemble des processus visant à améliorer la qualité des soins prodigués aux patients dans toute la chaîne de prise en charge. Le patient figure au premier plan : la coordination et l'intégration s'appliquent tout au long de son parcours.³⁹

Soins corporels

Dans de nombreux cas, les soins (corporels notamment) des personnes très âgées sont assurés par les proches. Toutefois, les soins corporels d'un patient gériatrique peuvent être très complexes et nécessitent parfois l'intervention d'un professionnel de la santé.⁴⁰

Soins palliatifs

Les soins palliatifs englobent le soutien et les traitements médicaux apportés aux personnes souffrant de maladies incurables, potentiellement mortelles et/ou chroniques évolutives. Ils visent à éviter la souffrance et les complications. Les soins palliatifs comprennent les traitements médicaux, les soins, ainsi que le soutien psychologique, social et spirituel à la fin de vie.⁴¹ Cf. accent EMS, brochure : [Accompagner jusqu'au bout de la vie](#).

Solitude

Il est possible de définir la solitude comme l'impression désagréable que l'on ressent lorsque son réseau de relations est déficient. En 2012 40% des femmes plus âgées (65+) rapportent un sentiment de solitude. En avançant en âge, les hommes font plus rarement état d'un sentiment de solitude (21%). Le sentiment de solitude va de pair avec des problèmes psychiques accrus.⁴² Cf. → Anamnèse sociale

Tests de laboratoire

Lors des tests de laboratoire, les valeurs de plusieurs paramètres clés sont souvent plus basses chez les patients gériatriques. Il s'agit notamment de la vitamine B12, du fer, des thrombocytes, des leucocytes, de l'albumine (protéine plasmatique) et de la clairance de la créatinine (qui permet d'évaluer la fonction rénale).⁴³

Traumatisme

En psychologie, ce terme désigne une détresse mentale, qui peut déboucher sur un → état de stress post-traumatique. Des stimuli sensoriels isolés, des pensées envahissantes ou des souvenirs peuvent réactiver un traumatisme. Le patient est alors replongé dans la situation de traumatisme et la revit comme si l'événement se déroulait une nouvelle fois.⁴⁴

Troubles cognitifs

Les personnes (très) âgées sont souvent atteintes de troubles de la perception, de la pensée et de la reconnaissance (fonctions cognitives), qui peuvent par exemple survenir à la suite d'un → état confusionnel aigu ou de certaines interactions médicamenteuses.⁴⁵

Troubles du sommeil

Des difficultés respiratoires, des troubles moteurs, des douleurs et d'autres pathologies peuvent altérer le sommeil des personnes âgées. Néanmoins, une modification du rythme de sommeil est un phénomène fréquent chez les personnes âgées : elles ne dorment que quelques heures la nuit et se reposent ensuite durant la journée. Pour davantage d'informations : National sleep foundation www.sleepfoundation.org ainsi que la page de l'Office fédéral de la santé publique consacrée aux Somnifères et tranquillisants.

Trousse d'urgence

Trousse avec des ampoules de morphine et des instructions concernant la marche à suivre en cas de rupture d'anévrisme. L'objectif est de pouvoir administrer en cas d'urgence une dose suffisante d'antidouleurs au patient.⁴⁶

Veilleuse (p.ex. une personne bénévole)

Suivi et observation en continu d'un patient ou d'un petit groupe de patients à haut risque.⁴⁷ La veilleuse peut se faire de jour comme de nuit. Les accompagnants sont en général des bénévoles, qui peuvent intervenir aussi bien dans le milieu stationnaire (hôpital, EMS) que dans le domaine ambulatoire (au domicile du patient). Ils épaulent et soulagent principalement les proches du patient.

26 Fätkenheuer G, Kwetkat A, Pletz MW, Schelling J et al. (2014) : Prävention im Alter: Stellungnahme zur Pneumokokkenimpfung. Résultats d'un atelier de professionnels le 15.11.2013 à Cologne

27 Psyhyrembel-online : www.psyhyrembel.de (page consultée le 24 octobre 2017)

28 OFSP (2015) : Soins coordonnés prodigués aux personnes (très) âgées et polymorbides dans les interfaces de contexte hospitalier. Analyse de la situation et besoins

29 OFSP (2015) : Soins coordonnés prodigués aux personnes (très) âgées et polymorbides dans les interfaces de contexte hospitalier. Analyse de la situation et besoins

30 Briedenbaugh S A (2017) : Sturz im Alter. In : Pinter G, Likar R, Kada O et al. (2017) : Der ältere Patient im klinischen Alltag. Ein Praxislehrbuch der Akutgeriatrie. Kohlhammer : Stuttgart

31 Kiesenwetter E, Sieber C C (2017) : Ernährung im Alter – Sarkopenie und Frailty. In : Pinter G, Likar R, Kada O et al. (2017) : Der ältere Patient im klinischen Alltag. Ein Praxislehrbuch der Akutgeriatrie. Kohlhammer : Stuttgart

33 OFSP (2018) : La planification anticipée des soins (Advance Care Planning). Cadre général pour la Suisse. Berne

34 Psyhyrembel-online : www.psyhyrembel.de (page consultée le 24 octobre 2017)

35 Doccheck Flexikon : <http://flexikon.doccheck.com> (page consultée le 14 octobre 2017)

36 OFSP (2015) : Soins coordonnés prodigués aux personnes (très) âgées et polymorbides dans les interfaces de contexte hospitalier. Analyse de la situation et besoins

37 Vilpert S. (2013) : Consultations dans un service d'urgence en Suisse. Obsan Bulletin 3/2013

38 OFSP (2015) : Soins coordonnés prodigués aux personnes (très) âgées et polymorbides dans les interfaces de contexte hospitalier. Analyse de la situation et besoins

39 OFSP (2017) : Soins coordonnés : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitspolitik/koordinierte-versorgung.html> (page consultée le 24 octobre 2017)

40 Weissenberger-Leduc M, Zmantz M (2017) : Die Rolle der Pflege in der Akutgeriatrie. In : Pinter G, Likar R, Kada O et al. (2017) : Der ältere Patient im klinischen Alltag. Ein Praxislehrbuch der Akutgeriatrie. Kohlhammer : Stuttgart

41 OFPS et CDS (2014) : Directives nationales concernant les soins palliatifs

42 Schuler, D., Tuch, A., Buscher, N. & Camenzind, P. (2016) : La santé psychique en Suisse. Monitorage 2016 (Obsan Rapport 72). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé

43 Schuler M, Oster P (2008) : Geriatrie von A-Z: Der Praxisleitfaden. Stuttgart

44 Doccheck Flexikon : <http://flexikon.doccheck.com> (page consultée le 14 octobre 2017)

45 OFSP (2015) : Soins coordonnés prodigués aux personnes (très) âgées et polymorbides dans les interfaces de contexte hospitalier. Analyse de la situation et besoins

46 Office fédéral de la santé publique OFSP (2017) : séminaire « Der Alterspatient / die Alterspatientin » (le patient âgé) du 24 août 2017

47 Psyhyrembel-online : www.psyhyrembel.de (page consultée le 24 octobre 2017)

Impressum

Office fédéral de la santé publique OFSP
Personnes très âgées et polymorbides .
Exemples de cas typiques tirés de la pratique gériatrique .
Une mesure pour promouvoir les soins coordonnés

Auteure :
Irène Dietschi

Collaboration :
Flurina Näf

Date de publication :
Janvier 2018

Illustration/Layout :
grafikmeier.ch, René Meier

Contact :
Office fédéral de la santé publique OFSP
gesundheitspolitik@bag.admin.ch

Télécharger / Version numérique :
www.bag.admin.ch/soins-coordonnes → Groupes de patients
et interfaces → patients très âgés et polymorbides

Diffusion :
Cette publication peut être commandée gratuitement.
OFCL, Diffusion publications, CH-3003 Berne
www.publicationsfederales.admin.ch
vente.civil@bbl.admin.ch

Numéro d'article OFSP :
316.759.f





Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP